MEDISCH CONTACT

Nummer 35 – 1 september – 44e jaargang

Deze week komt het onderwerp 'medisch onderwijs 1989' uitgebreid in MC aan de orde: de voorspellende waarde van de verschillende selectiemethoden voor het beroepssucces wordt in twijfel getrokken; er wordt gepoogd een antwoord te geven op de vraag of de invulling van het begrip 'basisarts' door de medische faculteiten veel zal uitmaken voor de student; duidelijk wordt hoe moet worden voorkomen dat de co-assistent te lang toekijker of te vroeg assistent is; vanuit Nijmegen wordt aandacht besteed aan wat er bij een artsexamen moet worden gemeten in plaats van aan het hoe; om de basisarts beter te doen zijn toegerust om aan zijn specialisatie te beginnen wordt een jaar 'vormingsklas' voorgesteld; ingegaan wordt op de vraag wat er kan worden gedaan om de aansluiting tussen de opleiding en de verschillende vervolgopleidingen beter te laten verlopen; het blijkt hoe belangrijk het is dat, willen vrouwen in alle richtingen van de geneeskunde aan de bak komen, de vrouwelijke studenten vroegtijdig met hun loopbaanplanning beginnen en dat de gestaag toenemende instroom van vrouwelijke studenten in de geneeskunde een onderwerp van beleid dient te zijn bij de aanstaande herstructurering van de gezondheidszorg; tot slot wordt gepleit voor ruime aandacht voor gezondheidsrecht en -ethiek in de medische opleiding.

In aansluiting op een opinie- en behoeftepeiling met betrekking tot de samenwerking tussen eerste en tweede lijn bij kankerpatiënten, wordt nu onder meer geëxperimenteerd met een gestructureerde patiëntbespreking tussen huisarts en oncoloog. Na een half jaar kon worden vastgesteld, dat deze methode van overleg concrete resultaten oplevert voor de patiënt. Tevens is een basis gelegd om structurele knelpunten in de samenwerking tussen huiarts en specialist ter zake aan te pakken.

De medische disputatie over de natuur en het nut van het alvleessap waarop Reinier de Graaf op 23-jarige leeftijd in 1664 promoveerde, was voor de Delftse vrouwenarts Dr. H. L. Houtzager aanleiding om na te gaan hoe de medische wetenschap in de 17e eeuw een oplossing trachtte te vinden voor een aantal pathofysiologische problemen.

INHOUD

MEDISCH ONDERWIJS ANNO 1989
Verbetert selectie het lage rendement? – *1083*
Medische faculteiten en de artsenopleiding – *1087*
De co-assistent anno 1989 – *1090*
Een nieuw artsexamen in Nijmegen – *1093*
Een algemeen klinisch vormend jaar – *1096*
De aansluiting van de opleiding tot basisarts op de vervolgopleiding in het ziekenhuis – *1098*
De oude wensen van een nieuwe generatie – *1101*
Vrouwelijke artsen en de gezondheidszorg van morgen – *1103*
Zuster, is uw man ook thuis? – *1105*
Gezondheidsrecht en gezondheidsethiek in de medische opleiding – *1107*

Kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering in de radiodiagnostiek
Prof.Dr. H. E. Schütte en Dr. R. A. Manoliu – *1111*

Samenwerking tussen huisarts en specialist bij mensen die lijden aan kanker
C. de Rijk c.s. – *1113*

Grondslagen van de geneeskunde. Een disputatie over het pancreassap
Dr. H. L. Houtzager – *1115*

Buitenland: Artsenopleiding in poliklinische settings – *1117*

Colofon *1078* – Colofon officieel *1078* – Hoofdredactioneel commentaar *1079* – Voorzitterskolom LHV *1080* – Brieven *1081* – Meester Dokter *1092* – Boeken *1100* – AI *1109* – Dagboek *1110* – Uit de Verenigingen *1119*

Medisch Contact is het weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Bestuur Medisch Contact

Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter
R. Bekendam, secretaris
Wipstrikkerallee 115, 8023 DX Zwolle
Mw. G. A. E. Kreek-Weis
Dr. H. W. M. Anten
Dr. R. J. E. A. Höppener

Redactie Medisch Contact

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris

Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. M. Suijker, redactiemedewerkster
R. A. te Velde, eindredacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823384

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoording verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname ƒ 141,50 (inclusief BTW); overige landen ƒ 249,25
Administratie: Wegener Tijl Tijdschriften Groep BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230,
fax 020-170377.
Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.
Opgave:
Wegener Tijl Tijdschriften Groep BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.
Geldend advertentietarief: januari 1989.

Druk: Tijl Offset Zwolle

Bij de voorplaat:

De kapitein als 'arts-apotheker', olieverfschilderij van Hans von Bartels (Hamburg 1856-München 1913).
Plaats van herkomst onbekend. Enige werken van deze schilder zijn in bezit van het 'Genootschap Oud Katwijk'.

KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht, telefoon 030-823911.
Postgironummer 58083-AMRO banknummer 45 64 48 969.
KNMG-informatielijn 030-823339; KNMG-antwoordapparaat 030-823201; telefax 030-823326.

Dagelijks bestuur	W. H. Cense, voorzitter; Prof. Dr. W. J. Schudel en P. C. H. M. Holland, ondervoorzitters; P. B. L. Attema en J. J. van IJssel.
Secretariaat	W. van Hof, secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal; Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretaris; Prof. Mr. W. B. van der Mijn, adviseur; G. J. Eikmans, p.r.-adviseur; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:
De afdelingen Ledenbemiddeling, Comptabiliteit, Ledenadministratie, Centrale Verwerking, Buitenland en de Commissies Doktersassistenten en Geneeskundige Verklaringen.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	Adres: Australiëlaan 16 a-b, 3526 AB Utrecht. Postbus 20056, 3502 LB Utrecht. Telefoon: 030-813713. Drs. C. R. J. Laffreé, directeur; Mw. G. J. M. Venneman, informatrice.
Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)	Mr. H. J. Overbeek en Drs. H. Willems, directie.
Landelijke vereniging van Artsen in dienstverband (LAD)	Mr. A. W. J. M. van Bolderen, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)	Mw. Mr. H. M. H. de Bruijn-Van Beek, directeur; Mw. J. A. van Walderveen-van der Louw, secretaresse.
Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC)	Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. S. de Jong, secretaresse.
College voor Sociale Geneeskunde (CSG) **College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde (CHVG)**	A. L. J. E. Martens, arts, secretaris; Mw. C. S. de Jong, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (SRC)	Dr. J. A. van Wijk, secretaris; Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur.
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)	Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. D. Hennevelt-Wolters, secretaresse. Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.
Huisarts Registratie Commissie (HRC)	L. G. Oltmans, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Bibliotheek	Prof. Dr. D. de Moulin, bibliothecaris, p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.
Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen	E. Iwema Bakker, voorzitter; bureau-adres Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911.

De besturen van de KNMG en haar organen zijn verantwoordelijk voor de inhoud van het officieel gedeelte en de berichtgeving vanuit de verenigingen.

Tussen scholing en praktijk

Dr. C. Spreeuwenberg

Eén van de dingen die mij als medicus practicus aan de universiteit zijn opgevallen, is de afstand tussen het universitaire en professionele circuit. Op de huisartsinstituten zijn veel artsen niet actief betrokken bij het NHG of de LHV, veel klinische hoogleraren zijn zelfs geen lid van KNMG en LSV. Als redenen daarvoor worden genoemd de financiële consequenties van het lidmaatschap en frustraties over gebrek aan steun vanuit de beroepsgroep in de tijd dat men als assistent voor een karig loontje had moeten werken. Een aantal van deze docenten is echter vanuit hun faculteiten of wetenschappelijke vereniging wel betrokken bij een belangrijke activiteit van de KNMG: de opleiding tot huisarts, specialist, sociaal-geneeskundige of verpleeghuisarts en de (her)registratie.

Toch zijn er zoveel gebieden waarop scholing en praktijk verweven zijn dat het voortbestaan van de scheiding tussen deze circuits een slechte zaak is. Daarom ook dient bij de uitwerking van de toekomstige KNMG-structuur uitvoering te worden gegeven aan de op de Algemene Vergadering van oktober 1987 door Rasker gedane suggestie om de inbreng van de wetenschappelijke verenigingen in de KNMG te vergroten.

Een ander nuttig initiatief is het periodieke overleg tussen de decanen van de medische faculteiten en de KNMG. Men spreekt hier over onderwerpen als het toenemend aantal vrouwelijke studenten, de aansluiting van de basisopleiding op de vervolgopleidingen, de inhoud van de co-assistentschappen en het onderwijs in gezondheidsrecht en medische ethiek; onderwerpen die in dit nummer van MC uitgebreid aan de orde komen.

Op enkele problemen van gemeenschappelijk belang ga ik kort in.

1. De toelating tot de medische studie en vervolgopleidingen. Borst heeft al eens laten zien dat er in de artsenopleiding periodiek sprake is van over- en ondercapaciteit[1]. Al meer dan tien jaar leveren de medische faculteiten te veel basisartsen af, hetgeen ellendige gevolgen voor de betrokkenen, inductie van onnodige medische consumptie en druk op de vervolgopleidingen om de capaciteit te vergroten veroorzaakt. Toegeven aan dit laatste is geen oplossing omdat dit de kwaliteit van de vervolgopleidingen nadelig beïnvloedt en werkloze huisartsen en specialisten ook geen bijdrage aan de gezondheidszorg vormen. Daarom moest de toelating tot een aantal specialistenopleidingen en de huisartsenopleiding worden beperkt; de capaciteit van de laatste opleiding werd vorig jaar gehalveerd. Hiermee is het overschot aan basisartsen, die gedoemd zijn als 'agnio', consultatief of alternatief arts hun brood te verdienen, alleen maar vergroot. De laatste maanden heb ik een aantal wanhoopsbrieven ontvangen met de vraag stelling te nemen tegen de invoering van loting als selectiemiddel en capaciteitsvermindering van de huisartsenopleiding. Ik zie echter geen alternatief; als hoogleraar huisartsgeneeskunde heb ik van nabij ervaren hoe het bestaande systeem – waarbij iedereen die huisarts wilde worden aan een wachtlijst kon worden toegevoegd – steeds meer dysfunctioneerde. Zolang er geen selectiecriteria met een grote voorspellende waarde bekend zijn, bestaat er geen eerlijker werkzaam systeem. Het is de beroepsgroep niet euvel te duiden dat zij drastische maatregelen voorstelde toen zij werd opgezadeld met de gevolgen van besluiteloosheid bij de 'politiek'. De KNMG kan alleen verantwoordelijk worden gesteld voor artsenoverschotten of -tekorten als zij betrokken is bij de planning van de capaciteit van de basisarts- en vervolgopleidingen.

De faculteiten zitten wat dit betreft in een moeilijke positie: de koppeling van formatieruimte aan onderwijslast maakt dat zij belang hebben bij een grote capaciteit; gelijk echter is een toekomstperspectief voor studenten belangrijk voor het onderwijsklimaat. Echter, Borst veronderstelde indertijd al dat de capaciteit steeds op basis van achterhaalde gegevens wordt geschat. Wordt er op dit moment wel voldoende rekening gehouden met het sterk groeiend aantal vrouwelijke artsen en de veranderende rol van de man in het huishouden, waardoor binnenkort veel artsen met jonge kinderen minder zullen werken dan tot voor kort in onze beroepsgroep voor mogelijk werd gehouden?

2. Selectieproblemen. Nauw verwant met het vorige probleem is de selectieproblematiek. Gerritsma dient in dit nummer de VVD'ers Franssen en Voorhoeve die in de Volkskrant van 29 juli pleitten voor betere selectie bij de toelating tot de universiteiten fors van repliek. De selectiemethoden hebben een geringe voorspellende waarde, zeker als men niet let op het studiesucces maar op het beroepssucces. Verwijzend naar de uitstekende studieresultaten van de Limburgse faculteit, roept Gerritsma de faculteiten op allereerst de hand in eigen boezem te steken. Ook voor de vervolgopleidingen zijn er nauwelijks betrouwbare selectiecriteria. Als mensen normaal hun studie hebben doorlopen, behoeven we van cognitieve criteria weinig te verwachten; dit gegeven bracht Boerema in een televisieprogramma tot de bekentenis dat hij kandidaten voor de chirurgenopleiding slechts beoordeelde op de glans van hun schoenen. Als we niet opzien tegen een arbeidsintensieve procedure is het wellicht wel mogelijk een aantal redelijk betrouwbare indicatoren betreffende motorische en relationele vaardigheden en motivatie te ontwikkelen.

3. De aansluiting van de basisopleiding op de vervolgopleiding. Niet alleen faculteiten, ook vakgroepen hebben belang bij zoveel mogelijk onderwijs. Sommige curricula spiegelen daarom meer de machtsverhoudingen binnen de faculteit af dan dat zij zijn gebaseerd op onderwijsdoelstellingen. Boerema wilde 23 jaar geleden al de beroepspraktijk als uitgangspunt nemen voor het onderwijs; nodig was volgens hem een flexibel, geïntegreerd onderwijssysteem, dat meer is gericht op ontwikkelen van begrip dan op vermeerderen van kennis[2].

Omdat het academisch ziekenhuis het verst staat van de medische praktijk, is het te betreuren dat de co-assistenten daar om budgettaire redenen weer in worden gedreven. Federman verwoordt in dit nummer waarom ervaring op polikliniekken en in huisartspraktijken juist zo belangrijk is voor toekomstige specialisten. Faculteiten mogen onderling best wat verschillen, maar niet zozeer dat dit bepalend gaat worden voor de latere beroepsmogelijkheden. Immers, het traject dat medici gezamenlijk hebben doorlopen is al zo kort en de kennis van elkaars terreinen zo gering. □

1. Borst JGG, Ezendam WP. Moeilijkheden bij het medisch onderwijs door sterke fluctuatie van het aantal studenten. Medisch Contact 1968; 23:1243-4.
2. Boerema I. Vereenvoudiging van de medische studie. Medisch Contact 1966; 21:86-9.

LHV-voorzitter A. M. C. van de Zandt:

Liefde moet van twee kanten komen

Direct na de Ledenvergadering van 8 juni jl. heeft de LHV onder de kop 'Huisartsen werken aan kwaliteitsverhoging van zorgverlening' een persbericht de deur doen uitgaan, waarvan ik ter inleiding van dit voorzittersschrijven graag de eerste twee alinea's citeer: '. . . De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) werkt aan de kwaliteitsverhoging van de Nederlandse gezondheidszorg. De Ledenvergadering van de LHV heeft daartoe donderdagavond (8 juni) een belangrijke stap gezet door accordering van de nota 'Bereikbaarheid en Beschikbaarheid van de huisartsenzorg' ofwel 7 × 24 uur huisartsenhulp'.

In november 1987 al heeft de LHV in haar discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst' gesteld dat bereikbaarheid en beschikbaarheid van huisartsen een onderdeel van de huisartsgeneeskundige zorg is dat in belangrijke mate het oordeel van de samenleving beïnvloedt over de kwaliteit van de zorg die de huisarts biedt . . .'. Einde citaat.

Vóór alles wil ik van deze gelegenheid gebruik maken om mijn bewondering uit te spreken voor de beroepsgroep, die in deze onzekere tijden deze nota 'Bereikbaarheid/Beschikbaarheid' durft aan te nemen – te meer, daar de toenemende hulpvraag een grote last legt op de huisarts. Het getuigt van vertrouwen in onszelf en geloof in het eigen kunnen om achter een uitwerking te gaan staan van het traject dat het Centraal Bestuur in het najaar 1987 had uitgestippeld en verwoord in de discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst'.

De discussienota is geen antwoord op 'Dekker'; zij sluit aan op de voorstellen ter structurering en financiering van de gezondheidszorg en laat zien dat de huisartsen al vóór 'Dekker' een kwaliteitsbeleid aan het uitstippelen waren. De nota is dan ook van meet af aan beschouwd als een uitdaging van de eerste orde aan de beroepsgroep. Die uitdaging is toen met veel flair en betrokkenheid aangenomen en – zoals de bedoeling was – ter discussie gesteld in de twintig districten. Daarbij werden heel wat kanttekeningen geplaatst, suggesties gedaan, maar de discussienota, beter gezegd elementen daaruit die bedoeld waren het Dekkeriaanse tijdperk sterk tegemoet te treden, brachten ook onzekerheid voor de huisarts: ten aanzien bijvoorbeeld van de opheffing contracteerplicht en van het vestigingsbeleid. Toch hebben we het met zijn allen aangedurfd om dat traject te gaan volgen, ervan overtuigd dat een goede aanpak van de uitdaging zijn vruchten zal afwerpen – voor de patiënt en voor de huisarts. Een bewijs van die durf leverde de Ledenvergadering op die bewuste achtste juni van dit jaar. De eerste concrete stap om de huisartsgeneeskunde in de toekomst te versterken en adequate oplossingen aan te reiken voor problemen die nu spelen in de gezondheidszorg, was gezet.

Ons, dezelfde Ledenvergadering die de nota 'Bereikbaarheid/Beschikbaarheid' heeft geaccordeerd, staat opnieuw een uitdaging te wachten: een stevige discussie over de wijze waarop 'Dekker', de veranderingen daarin voor de beroepsgroep en de huisartsgeneeskunde, bewust en eensgezind in een door ons gewenste richting kan worden gestuurd. Want ook de opvattingen van het kabinet ten aanzien van de gezondheidszorg bevatten – naast de genoemde uitdaging – voor ons veel onzekerheden.

Over die onzekerheden wil de LHV, willen alle huisartsen, duidelijkheid. Met die duidelijkheid bedoel ik dat we benadrukken terechte eisen op tafel te leggen. Eisen ten aanzien van praktijkverkleining, verlengde duur van de beroepsopleiding en een adequate instroom, volume-afspraken met verzekeraars, een uniforme honoreringsstructuur, meer geld voor de deskundigheidsbevordering en ondersteuning om de positie te kunnen innemen die in het kabinetsstandpunt 'Verandering Verzekerd' aan ons wordt toegekend: centraal in de eerste lijn, gereed voor de bepleite substitutie vanuit de tweede lijn.

Ik ben dit schrijven begonnen met een citaat uit het persbericht ten behoeve van de nota 'Bereikbaarheid/Beschikbaarheid'. In datzelfde persbericht hebben wij met klem gesteld dat, wil de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg worden verhoogd, daaraan door alle partijen dient te worden meegewerkt. Wij, van onze kant, hebben initiatieven aangedragen. Het is nu de beurt aan de overheid, de financiers/verzekeraars én de patiënt.

Ter afsluiting wil ik dit standpunt toelichten in de nota 'Bereikbaarheid/Beschikbaarheid', bieden wij als beroepsgroep garanties voor zowel de bereikbaarheid van de huisarts als de beschikbaarheid van huisartsenhulp – als tenminste aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. In diezelfde nota ook vraagt de Ledenvergadering nadrukkelijk de aandacht voor de problematiek van de toenemende hulpvraag en huisartsenhulp buiten de praktijkuren. Met name zijn wij bezorgd over de terechtheid van het groot en nog steeds toenemend aantal spoedeisende hulpvragen. Juist ten aanzien van dit probleem, dat voor menig huisarts steeds zwaarder weegt, vinden wij dat in het nieuwe, nog komende stelsel, voor de financiers/verzekeraars een taak is weggelegd. Die taak is meer dan alleen maar het voorleggen van polissen aan de cliënt. De verzekeraar moet de patiënt bewust maken – ook van zijn plichten en verantwoordelijkheden naar de huisarts . . . en dus de medepatiënt.

Voor wat betreft het streven naar verhoging van de kwaliteit van de gezondheidszorg en de positie daarin van de overheid wil ik nogmaals het standpunt benadrukken dat de LHV al jaren uitdraagt en waaraan zij ook tijdens de aanstaande discussies over 'Verandering Verzekerd' zal blijven vasthouden: aan veranderingen ter verhoging van de kwaliteit zitten (rand)voorwaarden vast. Daaraan moet worden voldaan. Het kan immers niet zo zijn dat wij de uitdaging aannemen en dat er vervolgens geen geld beschikbaar wordt gesteld voor de verwezenlijking van ons aanbod – om maar niet te spreken over de financiering van het bestaand produkt (particulier kostenbudget, om mee te beginnen en vervolgens de andere randvoorwaarden). De overheid, zelf ook voorstandster van verbeteringen in de gezondheidszorg en aangeefster van de route waarlangs een en ander dient plaats te vinden, moet ook de middelen daartoe vrijmaken. Elk oponthoud in deze afgesproken route vertraagt immers de uitvoering van de voorgenomen verbeteringen.



A. M. C. van de Zandt, huisarts, voorzitter LHV

Plaatsing van bijdragen in de rubriek 'Brieven' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen worden schrijvers verzocht de lengte van een ingezonden brief tot circa driehonderd woorden te beperken.

BRIEVEN

POLITICI EN GEZONDHEIDSZORG

Recentelijk lokte de benoeming van een demissionaire staatssecretaris tot voorzitter van de Ziekenfondsraad krachtige protesten uit. Opmerkelijk was dat deze niet diens capaciteit tot het vervullen van deze functie betrof, maar zijn politieke signatuur: er zouden al te veel CDA'ers dit soort functie bij de adviesorganen bekleden. Het is zonder meer waar dat (ex-) politici topfuncties in de gezondheidszorg bekleden. Dit verschijnsel neemt de laatste jaren toe. Op dit verschijnsel wil ik nader ingaan.

Het aantal medici dat zich met de politiek bezighoudt is de laatste jaren afgenomen. Een ieder van ons kent wel de naam van Muntendam, directeur-generaal van de Volksgezondheid, later staatssecretaris en hoogleraar sociale geneeskunde. Maar ook mogen hier worden genoemd Tilanus en Kruisinga. Nu is het aantal medici in de Kamers gering, hun namen genieten weinig bekendheid. Functies die tot voor kort onbetwistbaar werden bekleed door inhoudelijk deskundigen, worden nu bezet door ex-bewindslieden en politici. Zo is thans de voorzitter van de Gezondheidsraad en de Raad voor het Milieu de ex-minister voor het milieu, Ginjaar, de voorzitter van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen een ex-minister van Economische Zaken, Van Aardenne. Al enige tijd is Hendriks, ex-staatssecretaris van de Volksgezondheid, voorzitter van de Nationale Raad van de Volksgezondheid. Maar ook de top van WVC is verpolitiseerd; de secretaris-generaal is een ex-AR-bewindsman. Ook bij de koepelorganisaties zijn (ex-)politici te vinden. Zo was de voorzitter van de sectie verpleeghuizen eerst Mw. H. van Leeuwen, die tevens voorzitter was van de Nationale Kruisvereniging, en nu Mw. Cornelissen. De voorzitter van de Nationale Kruisvereniging is Mw. E. Veder-Smit, ex-staatssecretaris van Volksgezondheid. De stelling zou te verdedigen zijn, dat de status van een adviesorgaan kan worden afgemeten aan de politieke status van de voorzitter. Ook in de welzijnssector is dit het geval. Als voorbeeld zou ik hier willen noemen de (voorlopige) Raad voor het Ouderenbeleid, NESTOR (de opvolger van de Stuurgroep Onderzoek Ouderwordende Mens), terwijl ook in het bestuur van universiteiten hier voorbeelden van te vinden zijn (bijvoorbeeld ex-minister Trip). Wanneer de benoeming door de overheid geschiedt, dan kan dit worden opgevat als een beloning voor bewezen diensten. Komen hierbij echter functies in het geding die door inhoudelijke deskundigen werden bekleed, dan is sprake van een banenplan voor politici en banenroof voor de deskundigen. Ingeval koepelorganisaties politici aantrekken, hoopt men een ingang te hebben in Den Haag, soms in combinatie met andere talenten en eigenschappen, zoals bekendheid in de pers, etc. Een conflict van plichten kan ook gemakkelijk ontstaan indien de ex-bewindsman toch politiek actief blijft. Zo is Ginjaar voorzitter van de VVD. Hoewel ik niet aan de integriteit van Ginjaar twijfel, lijkt het mij onfatsoenlijk integere personen in zulk een spanningsveld te brengen. Een voorbeeld is de dioxine-affaire. De Gezondheidsraad kent een commissie moedermelk, maar de VVD heeft de milieuminister, het CDA een landbouwminister. Hoe kan de voorzitter van de VVD nu tevens onafhankelijk voorzitter van een adviesorgaan zijn? Gewaarborgd moet worden dat de adviesorganen strikt objectieve adviezen kunnen blijven opstellen. Een conflict is ook mogelijk bij de zogenaamde 'collectioneurs', een Belgische term voor personen die veel banen op zich nemen. Is bijvoorbeeld het voorzitterschap van twee elkaar beconcurrerende koepelorganisaties verenigbaar? De vraag tenslotte is, of deze ontwikkeling wel zo gunstig is voor de volksgezondheid.

Politici vormen niet de enige groepering die een boterham zijn gaan verdienen in de gezondheidszorg. Met de complexiteit van de organisatie en financiering van de zorg nam het aantal juristen, economen, sociologen, organisatiedeskundigen, managers en gezondheidswetenschappers aanzienlijk toe bij de overheid, ziekenfondsen, verbindingskantoren en universiteiten, etc. Tegelijkertijd is de bureaucratie, de wet- en regelgeving, aanzienlijk toegenomen, dusdanig dat er een noodingreep in de vorm van een plan-Dekker nodig is om er weer uit te komen. Het is uiteraard gevaarlijk hier een oorzaak-gevolg relatie te zien in fenomenen die min of meer gelijktijdig optreden. Ik wil hier alleen opmerken, dat mij deze bemoeienis van al deze personen met de gezondheidszorg steeds meer gaat ergeren en dat ik ook de indruk heb dat dit niet goed is voor de volksgezondheid. Recentelijk werd dit goed verwoord door R. Coutinho, in een interview in de NRC van 4 april 1989: 'In Nederland mag je nu het woord 'risicogroepen' al bijna niet meer gebruiken. Je moet over risicohandelingen spreken. Ik erger me aan zulk hypocriet geklets.' Nu, is er nog wel meer aanleiding tot ergenis. De voortslepende onopgeloste juridische vraagstukken rond gedwongen opneming en behandeling in de geestelijke gezondheidszorg verlammen zo langzamerhand een goede hulpverlening en brengen de psychiaters, hulpverleners en familieleden van patiënten niet zelden tot wanhoop.

Wat hebben politici dan aan meerwaarde? Ze brengen wellicht een sociale controle tot stand in door belanghebbenden gedomineerde organen. Misschien hebben ze het beleid van de regering wat in positieve zin bijgeschaafd. Misschien proberen ze de belangen van de patiënten op integere wijze te behartigen: ook daar ken ik voorbeelden van. Het geheel overziende, pleit ik toch voor een gezondheidszorg waarin de burgers, patiënten en de hulp- en zorgverleners de boventoon voeren en de overigen als ondersteunende functie dienen. Binnen de geneeskunde kan dan eindelijk de sociale geneeskunde tot nieuwe bloei komen, de geneeskunde die tracht, via de politiek en de overheid, de volksgezondheid in gunstige zin te beïnvloeden.

Arnhem, augustus 1989
Dr. D. J. B. Ringoir

EUTHANASIE IN EEN HUISARTSPRAKTIJK

Met belangstelling heb ik het artikel 'Euthanasie in een huisartspraktijk' van collega Kenter gelezen (MC nr. 27-28/1989, blz. 907). Het goed doordachte en zakelijk analyserende artikel roept bij mij de volgende vragen en overdenkingen op.

Nog steeds weten we zelfs bij benadering niet hoeveel gevallen van actieve euthanasie er per jaar in ons land voorkomen. Het meest gehanteerde aantal is 6.000 en het Openbaar Ministerie gebruikt dit om het percentage gemelde gevallen te berekenen. Andere bronnen komen tot grotere aantallen en opponenten schromen niet (vooral in publikaties in het buitenland) aantallen van 18.000 te noemen.

Kenter haalt een Amsterdams onderzoek aan waaruit blijkt dat een huisarts gemiddeld eens per twee jaar euthanasie toepast, een gegeven dat ook uit eerdere soortgelijke onderzoeken kon worden geconcludeerd. Zelf past Kenter in de afgelopen tien jaar 38 keer euthanasie toe. Het zou interessant zijn eens na te gaan waarom in zijn praktijk het aantal patiënten dat om euthanasie vraagt zoveel groter dan gemiddeld is. In de eerste vijf jaar wordt bij 18% euthanasie toegepast, in de tweede periode bij 14%. In ons ziekenhuis, waar wij de toepassing van euthanasie als waardig sluitstuk van terminale zorg beschouwen, komen wij tot ongeveer 10%.

Al met al reden voor mij om recent bij een

aantal instanties aan te kloppen met het verzoek een zo betrouwbaar mogelijk onderzoek te starten om het aantal gevallen van euthanasie in de huisartspraktijk, het verpleeghuis en het ziekenhuis te weten te komen. Een dergelijk onderzoek is zeer belangrijk voor Justitie en voor- en tegenstanders.
Terecht gaat Kenter in op de vraag, welke arts als consulent kan worden gevraagd. Ik ben het volledig met zijn conclusie eens dat dit bij voorkeur een medebehandelend arts moet zijn. Ook in ons ziekenhuis is dit het geval en wordt de 'checklist' die wij hebben opgesteld om Justitie melding van euthanasie te doen, door de behandelend en de medebehandelend arts ondertekend; tevens worden de namen vermeld van de verpleegkundige en de geestelijk verzorger, die in ons ziekenhuis deel uitmaken van het begeleidingsteam en die bij de besluitvorming zijn betrokken.
Naar de mening van Kenter verdient het voorkeur na toepassing van euthanasie persoonlijk de Officier van Justitie te verwittigen. Wij melden alle gevallen van onnatuurlijke dood en dus ook de gevallen van euthanasie bij de gemeentearts, die op zijn beurt Justitie inschakelt. Kenter beschrijft ook hoe de politie de twee artsen en één of meer familieleden ondervraagt aan de hand van een door Justitie opgestelde vragenlijst. En wederom is onze procedure verschillend: geen verhoor van familieleden, geen uniforme vragenlijst.
Kenter legt 'indien aanwezig', een euthanasieverklaring van de patiënt over. Wij laten elke patiënt een door ons opgestelde verklaring ondertekenen waaruit blijkt dat hij na uitvoerig te zijn voorgelicht volhardt in zijn vrijwillig gedaan verzoek om euthanasie. Ook hier dus weer duidelijke verschillen in aanpak in verschillende arrondissementen: essentiële verschillen zelfs, zoals het wel of niet verhoren van familieleden.
Hoezeer ik het met Kenter ook eens ben dat de rechterlijke macht het initiatief heeft genomen om orde op zaken te stellen waar de politiek faalt, moet ik toch vaststellen dat er binnen de negentien arrondissementen die ons land telt geen uniformiteit bestaat waar het afspraken over de meldingsprocedure van euthanasie betreft. Het is te hopen dat onze procureurs-generaal spoedig met landelijke richtlijnen komen in het belang van alle betrokkenen.
Samenvattend: er is dringend behoefte aan een objectieve evaluatie van het aantal gevallen per jaar en een uniform aangiftebeleid.

Delft, augustus 1989
Dr. P. V. Admiraal,
Reinier de Graaf Gasthuis

AMNESTY INTERNATIONAL EN DE DOODSTRAF

Amnesty International houdt een campagne ter afschaffing van de doodstraf, onder meer bij de artsenorganisaties (zie artikelen in MC). Dit is een nobele campagne, ofschoon ik zelf niet tegen de doodstraf ben voor bepaalde zware misdrijven, bijvoorbeeld zware oorlogsmisdaden en moord in 'koelen bloede'; zie ook het artikel: 'De doodstraf kan soms humaan zijn' in NRC-Handelsblad van 7 augustus 1989. Amnesty International beroept zich op de eed van Hippocrates en op de verklaringen van Genève van de World Medical Association, en dan vraag ik mij af wanneer Amnesty International een campagne begint tegen abortus provocatus en tegen euthanasie. Hippocrates en de verklaringen van Genève en vervolgverklaringen van World Medical Assembly's zijn hierover zeer duidelijk. Zijn campagnes tegen abortus provocatus en tegen euthanasie te 'conservatieve' items voor Amnesty International?

Nijmegen, augustus 1989
A. Raymakers

ALLERGIE MISVERSTAAN

Dagboek van een waarnemer nr. 32

In aflevering 32: 'Vakantie' van de rubriek 'Dagboek van een waarnemer' worden enkele misvattingen die bij veel artsen over het begrip 'allergie' heersen, treffend geëtaleerd.

Bij het afwerken van het 'gebruikelijke vragenlijstje' wordt geïnformeerd naar een *ander* wasmiddel en *nieuwe* kleren. De misconceptie is, dat voor het ontstaan van allergie *nieuwe* contactstoffen zouden moeten worden geïntroduceerd[1]. Contactallergie is een verworven allergie, dat wil zeggen dat de patiënt kortere of langere tijd met een stof in aanraking moet zijn geweest alvorens er allergisch voor te kunnen worden.
Een tweede veel gebruikt, maar helaas weinig doeltreffend automatisme is het voorschrijven van antihistaminica per os bij een jeukende dermatose. Bij urticaria (maar dat had meneer Maastricht niet) zijn antihistaminica inderdaad effectief, omdat de symptomen hiervan goeddeels worden veroorzaakt door histamine. Bij bijna alle andere jeukende huidafwijkingen evenwel speelt histamine een ondergeschikte rol. Derhalve zijn antihistaminica hierbij weinig of niet werkzaam, met uitzondering van de sterk sederende, zoals promethazine HCl of hydroxyzine HCl.
Toevoeging van 1% fenol (het merkteken had waarschijnlijk aspirine gemist en was bij fenol terechtgekomen) aan lotio calaminae (die al wat fenol als conserveermiddel bevat) is vanwege het potentiële gevaar voor systemische bijwerkingen af te raden[2], zeker waar gezien de conditie van de huid van meneer Maastricht de percutane absorptie ervan waarschijnlijk verhoogd zal zijn. Bovendien is de toegevoegde (therapeutische) waarde van fenol te betwijfelen.
Uiteindelijk (ik vind dat het met die dokterstic niet te willen verwijzen nogal meevalt) gaat de knalrode patiënt naar de dermatoloog. Die oordeelde dat de anamnese perfect was. Collegiale vriendelijkheid, of biedt de tweede lijn onvoldoende kwaliteit? Het laatste helaas, zo blijkt uit het vervolg. Viermaal daags wassen met Fa-zeep wordt aangewezen als de oorzaak van alle ellende. Was meneer Maastricht al niet knalrood toen hij zich nog niet te buiten ging aan zeep? Vervolgens oreert de dermatoloog 'en die (Fa-)zeep geeft vaak allergische reacties', dezelfde fout makend als de doorsneeleek[3]. Contactallergie voor zeep (hetzelfde geldt voor shampoo en badschuim) is een zeldzaamheid, doordat de potentieel allergene ingrediënten bij gebruik sterk worden verdund en bovendien de contacttijd met de huid kort is[1].

Collega Molledans doet er beter aan de (niet erg wijze) les van deze dermatoloog toch maar te vergeten, ook al werd de amusementswaarde van haar rubriek er wel door verhoogd.

's-Hertogenbosch, augustus 1989
Dr. A. C. de Groot, huidarts
Carolus & Willem-Alexander Ziekenhuis

Literatuur

1. Groot AC de. Adverse reactions to cosmetics. Dissertatie Groningen, 1988.

2. Nater JP, Groot AC de. Unwanted effects of cosmetics and drugs used in dermatology. 2e ed. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 1985: 191-3.

3. Groot AC de, Coenraads PJ, Nater JP. Hoe vaak is 'allergie' echt een allergie? Ned Tijdschr Geneeskd 1988; 132: 2292.

Naschrift

Hartelijk dank, collega De Groot, voor uw reactie op mijn dagboekfragment. Een van de redenen waarom ik het dagboek schrijf, is dat ik er geregeld niet uitkom. Wanneer dan een zeer geleerde collega mij helpt, ben ik daar zeer blij mee.
En jawel, gisteren vervoegde zich opnieuw een meneer Maastricht op mijn spreekuur, even rood, even vol bobbels en met evenveel jeuk. Maar nu kwam ik beter beslagen ten ijs. Nou ja, ijs? Hij kwam uit Portugal en het is hier ook 30°. Toen ik echter de brief van collega De Groot zorgvuldig bestudeerde, bleek dat hij wel op diverse punten aangeeft wat ik níet had moeten doen of wat ik níet had moeten vragen, maar er staat niet bij wat ik wél had moeten doen of vragen. Daar zat ik nou. Zelfs in het proefschrift van De Groot kon ik niet vinden wat ik nu moest aanvangen, en die man zat maar te krabben, en zijn vrouw begon ook al . . .
Toen heb ik toch die collega huidarts van het belendende ziekenhuis opgebeld. 'Geef maar een pot hydrocortisonzalf FNA, Marie-José', zei hij. Nu weet ik niet of collega De Groot dat goedvindt, maar ik was tevreden en deze meneer Maastricht ook.
Niettemin dank ik collega De Groot voor zijn vriendelijke opmerking over mijn rubriek. Met nog meer plezier zet ik waarnemingen en rubriek voort.

Marie-José Molledans

Medisch onderwijs anno 1989

Verbetert selectie het lage rendement?

Dr. J. G. M. Gerritsma

Wat is de voorspellende waarde van de verschillende selectiemethoden met betrekking tot een goede studieprestatie in de opleiding geneeskunde en in hoeverre voorspelt een goede studieprestatie in de opleiding geneeskunde een goede beroepsuitoefening later in de praktijk? De voorspellende waarde van de meeste tests voor het uiteindelijke beroepssucces is twijfelachtig, stelt Dr. J. G. M. Gerritsma, universitair hoofddocent en coördinator van de afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van het Medisch Onderwijs bij de Faculteit Geneeskunde der Rijksuniversiteit Utrecht.

De VVD gaat de komende verkiezingen in met voorstellen voor een betere selectie van studenten die mogen studeren aan de universiteit. Het CDA en de PvdA zijn het niet eens met Franssen van de VVD over hoe dit moet gebeuren. Een splijtzwam dus.

De reden voor de politieke partijen om hierover te twisten is het resultaat van rendementstudies die onlangs in het 'Kerndocument HOOP'[1], van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, op duur papier zijn neergelegd. Enigszins komische cijfers, omdat ze in het geheel niet stroken met het doel van de papieren oorlog die het ministerie de afgelopen jaren met de universiteiten heeft uitgevochten. De studie moest korter, moest minder geld kosten, profilering, het rendement moest omhoog, en ga zo maar door. Zo streefde men in de plannen naar 77% geslaagden voor de propedeuse na een jaar, maar het rendement was maar 40%. Na vier jaar zou 70% het doctoraalexamen moeten hebben gehaald, maar in de praktijk bleek dit slechts 6% te zijn. En wat zegt 'HOOP' hierop? Het rendement is laag en de verschillen zijn zo groot (ook tussen de universiteiten en faculteiten) dat de oorzaken moeten worden gezocht in de aard van de vooropleiding of in de selectie. Niveauverschil, tekorten in kennis en het gemis aan studievaardigheden zijn de boosdoeners van vertraging en uitval.

Selectie is niet altijd vermijdbaar. Niet alle studieplaatsen of functies staan open, dus moet een keuze worden gemaakt. De vraag is echter: 'Hoeveel risico wenst men te nemen dat de 'verkeerden' worden gekozen of de 'goeden' worden afgewezen en hoeveel geld zijn we bereid daarvoor vrij te maken?'

Van mijn kant wil ik een bijdrage leveren aan deze heikele discussie door het volgende pad te bewandelen: Allereerst zal ik een overzicht geven van de methoden om te selecteren, waarbij ik me vooral op de medische opleiding zal concentreren. Hiervoor is een internationale oriëntatie nodig, met name op de Verenigde Staten waar een sterke selectiecultuur heerst en waar veel onderzoek heeft plaatsgevonden naar de effectiviteit van selectiemethoden. Verder ga ik uitvoerig in op de politieke en historische achtergronden van onderzoek naar menselijke verschillen en het denken over selectie. De belangrijkste reden hiervoor ligt in het verleden, te beginnen met Darwin zelf die met zijn theorie over 'survival of the fittest' in het dierenrijk ook enkele opmerkelijke uitspraken over het lot van mensen heeft gedaan. In zijn kielzog hebben vele andere wetenschappers in en na zijn tijd ook ideeën geventileerd die wetenschappelijke en maatschappelijke emoties hebben losgewoeld. Een kijkje in deze keuken verklaart waarom discussies over selectie een zure bijsmaak kunnen krijgen. Tot slot zal ik kort iets zeggen over de maatschappelijke en sociale invloeden die carrières en keuzen van individuen beïnvloeden. Het lijkt me goed dit aspect eens te belichten, omdat voor veel Petrussen aan de toegangspoort van opleidingen en beroepen, inzicht in schoolcijfers en intelligentiescores (cognitieve aspecten) een voldoende voorwaarde is om selectie toe te passen: veel mensen zijn nog steeds van mening dat met name een hoge intelligentie werkt als een soort automatische piloot voor studie en beroepssucces.

SELECTIEMETHODEN

Er zijn verschillende selectiemethoden. Men moet zich realiseren dat daarbij een strikt onderscheid moet worden gemaakt tussen *studiesucces* en *beroepssucces*. Dit zijn twee vragen, die twee verschillende uitkomsten kunnen geven. Bijvoorbeeld: in hoeverre voorspellen goede resultaten op het VWO een goede prestatie in de studie geneeskunde en in hoeverre voorspelt een goede studieprestatie in de opleiding geneeskunde een goede beroepsuitoefening later in de praktijk? Voor de studie geneeskunde gebruikt men een gewogen gemiddelde van belangrijke vakken uit het VWO en een loterij.

In de Verenigde Staten bestaat een zeer uitgebreide selectiecultuur om kandidaten toe te laten, waarbij elke universiteit zelf kan bepalen wat het meest geschikt is. Bij selectie maakt men vooral gebruik van schoolprestaties en psychologische kenmerken. In de eerste plaats kijkt men net als in Nederland naar de gemiddelde rapportcijfers voor belangrijke vakken ('general point average' GPA), de kwaliteit van de opleidingen die zijn gevolgd, aanbevelingsbrieven, activiteiten die men heeft gedaan naast het gewone onderwijs. Vaak ook onderwerpt men er artsen in spe aan een 'medical college admission test' (MCAT), deze bestaat uit een aantal subtests, zoals tests voor scheikunde, leesvaardigheid, biologie, natuurkunde, een test om wetenschappelijke problemen op te lossen en een test in rekenvaardigheden. Zeer populair in de Verenigde Staten zijn de interviews, waarin kandidaten zo'n half uurtje aan de tand worden gevoeld; voorts intelligentie-, persoonlijkheids- en motivatietesten. In het verleden heeft men ook wel gebruik gemaakt van psychiatrische interviews om karakters te doorgronden, maar dat gebeurt niet meer, omdat dit bij wet is verboden.

Een voorbeeld van de verschillende selectiemethodes in Nederland is de wijze waarop chirurgen voor het toekomstige beroep worden gekozen[2]. Men kijkt naar de universitaire carrière, cijfers, de medische ervaring, de stress-bestendigheid en ook naar wat de kandidaat in zijn vrije tijd heeft gedaan en natuurlijk het gemak waarmee de handen kunnen worden gebruikt – al met al een imponerende lijst die veel mogelijkheden biedt.

Bij de selectie voor een beroep, bijvoorbeeld chirurg, kan de beroepsgroep zelf beslissen hoe men de selectie aanpakt. De bevoegdheid om te selecteren is soms formeel geregeld.

Selectie als besliskunde

Wat zijn de problemen bij selectie? Ogenschijnlijk lijkt er geen vuiltje aan de lucht. Je moet gewoon een goed vakkenpakket hebben en hoge cijfers halen. Maar er zit een aantal adders onder het gras. Petrus krijgt namelijk te maken met dezelfde problemen waar een praktizerende arts zijn hele leven tegen aanloopt: onzekerheid of hij het wel bij het rechte eind heeft. In het diagnostisch proces – laten we het simpel voorstellen – als de dokter moet uitmaken of de patiënt al dan niet ziek is, kan hij twee fouten maken: hij kan vaststellen dat de patiënt ziek is terwijl de patiënt gezond is, of het omgekeerde: hij kan vaststellen dat de patiënt gezond is terwijl de patiënt in feite ziek is. Twee soorten fouten van een verschillende orde. Als de dokter de conclusie trekt dat de patiënt gezond is en dit is niet zo, dan trekt hij een fout-negatieve conclusie en in het andere geval een fout-positieve conclusie. Het is van zeer groot belang dit soort fouten te onthouden, want ze spelen altijd een rol in een beslisproces. Als je accepteert dat je altijd het risico loopt dergelijke fouten te maken, dan kun je van te voren kiezen wat je wilt. Om bijvoorbeeld een patiënt niet onnodig te belasten met allerlei onderzoek omdat er geen sprake is van een levensbedreigende situatie, kun je zoveel mogelijk de fout-positieve uitkomsten trachten te vermijden. In het geval van een risicopatiënt, bijvoorbeeld een man van middelbare leeftijd, zeer hoge bloeddruk, met een vader en moeder die zijn overleden aan een hartinfarct, sturen we die man als hij klaagt over ernstige pijn in de borst direct voor onderzoek door naar het ziekenhuis om te vermijden dat er een fout-negatieve conclusie wordt getrokken, ofwel dat een ernstige aandoening wordt gemist. Een ander – zeer extreem – voorbeeld om te onthouden met welke risico's men te maken heeft, is de beslissing iemand op de elektrische stoel te zetten. Je krijgt dan te maken met de kans dat iemand die onschuldig is wordt geëlektrocuteerd of dat, in geval van vrijspraak, de ware moordenaar op vrije voeten komt. Ook weer twee soorten fouten die het rechtssysteem kan maken en die ertoe hebben geleid dat veel landen om de fout van de eerste orde te vermijden de doodstraf maar hebben afgeschaft, terwijl andere landen het niet zo erg vinden af en toe eens een foutje te maken door een onschuldige in het achterhoofd te schieten. Waar kies je voor in een rechtsstaat?

Bij selectie van mensen voor een studie, opleiding of baan hebben we met dezelfde wetenschappelijke problemen te maken – zij het met minder ernstige gevolgen – als in het vorige voorbeeld. De risico's kunnen we voor de duidelijkheid in de bekende 2 × 2-tabel zetten. Uit de combinaties zijn de twee soorten fouten te beschrijven en te berekenen[3]. Met dit raamwerk heeft men een algemeen denkkader om kritische vragen te stellen bij selectiemethoden en te beslissen welke strategie Petrus het best kan volgen.

		succes +	succes –
toegelaten	+	a	b
	–	c	d

a = ++: geschikt geacht, geschikt bevonden } (terecht-positief)
b = +−: geschikt geacht, ongeschikt bevonden } (fout-positief)
c = −+: ongeschikt geacht, geschikt bevonden } (fout-negatief)
d = −−: ongeschikt geacht, ongeschikt bevonden } (terecht-negatief)

De voorspellende waarde van een oordeel 'geschikt' is dan

$$\frac{a}{a+b}$$

omdat men rekening moet houden met b = een fout-positief oordeel.

De b-cel levert in de praktijk problemen op omdat dit de studenten zijn die uitvallen en het rendement beïnvloeden. Voor de volledigheid kunnen we zeggen dat de voorspellende waarde van een oordeel 'ongeschikt'

$$\frac{d}{c+d}$$

is omdat men hierbij rekening moet houden met de fout-negatieve uitslagen (c).

Deze ratio geeft de juistheid van de beslissing 'ongeschikt' aan. In de selectiepraktijk is dit echter, in tegenstelling tot de arts die deze groep in zijn praktijk kan controleren, zeer moeilijk te bepalen, omdat afwijzing vaak inhoudt dat je de afgewezenen nooit meer ziet. In het selecteren heeft men vooral met de a- en b-cellen te maken, omdat deze kandidaten in de praktijk kunnen worden vervolgd.

Voor de volledigheid: in de geneeskunde bepaalt men vaak op basis van de 2 × 2-tabel de sensitiviteit en de specificiteit van een test. Wij zullen daar verder geen aandacht aan schenken, aangezien deze bepalingen voor de selectiepraktijk op dit moment minder belangrijk lijken.

Effectiviteit

Wat is de voorspellende waarde van de verschillende selectiemethoden? Het levert allemaal niet erg veel op. Volgens Baneke kunnen eindexamencijfers, intelligentietests, persoonlijkheidsvragenlijsten, zoals de ABV en motivatietesten, gezamenlijk zo'n 10% en hooguit 25% van het verschil in succes in de doctoraalopleiding in de geneeskunde voorspellen[4]. Geen al te imponerend resultaat dus. Voor de eerste jaren is er nog wel een verband te leggen met de cijfers voor natuurkunde, een verband dat op den lange duur tijdens de opleiding een zachte dood sterft. Overigens is de samenhang in het begin gemakkelijk te verklaren uit het feit dat veel medische opleidingen de eerste jaren nog sterk het karakter van een vervolg op het VWO hebben. De aard van de stof wordt in de loop der jaren anders: veel meer patiëntgericht en in die periode wordt de voorspelbaarheid van succes minder.

In het begin hebben we het onderscheid gemaakt tussen studiesucces en beroepssucces. Over het eerste hebben we al opgemerkt dat de voorspelbaarheid van succes afneemt naarmate de studie vordert. In het VWO en in het begin van de studie komen die studenten bovendrijven die voor de belangrijkste pakketten goede cijfers hadden of om andere redenen zijn ingeloot, maar hoe goed ze later in de co-schappen functioneren staat los van deze cijfers. Ook de relatie van cijfers en later praktijksucces is onvoorspelbaar. Anders gezegd: diegenen die het allemaal maar net hebben gehaald en met een beetje geluk zijn ingeloot kunnen met een even grote waarschijnlijkheid goed functioneren in de co-schappen en de latere praktijk. Dit geldt ook voor tests als de MCAT in de Verenigde Staten. Deze test voorspelt aardig welke studenten succesvol zijn in de studie en welke studenten problemen zullen ondervinden. Men vindt zelfs een verband tussen MCAT-scores[5] en de resultaten behaald tijdens de drie examens van de National Board, examens die respectievelijk basiskennis, klinische kennis en klinische toepassingen beogen te meten; de relatie tussen deze examens en de beroepsuitoefening is echter ook hier onduidelijk[6].

Onderzoek heeft ook het gebrekkige nut van de interviews aangetoond[7], hoewel men altijd hoog opgeeft over het nut van de persoonlijke indruk. De conclusie van dit onderzoek is even bitter als uitdagend. De voorspellende waarde van de interviews kan worden gelijkgesteld met de waarde van een nationale loterij. Eén

studie is mij bekend waarvan de interviews een aardig resultaat opleverden[8]: Een grote groep studenten is na de oorlog uitvoerig geïnterviewd door psychiaters voor een persoonlijkheidsoordeel en door psychologen getest op persoonlijkheidseigenschappen, interessen en IQ. Enkele jaren geleden heeft men deze groep opnieuw benaderd met allerlei vragen over het huidige functioneren en toen bleek dat de psychiaters het goed hadden gedaan. Passiviteit, zwakke motivatie, de neiging je terug te trekken bleken goede voorspellers voor niet slagen en slecht functioneren. Maar deze interviews zijn niet meer toegestaan, constateren de psychiaters met spijt, hoewel ze er eerlijkheidshalve aan toevoegen dat ondanks het significante verband er toch nog heel wat fout-negatieve en fout-positieve voorspellingen waren.

Deze bevindingen laten eigenlijk maar één conclusie toe. De voorspellende waarde van de tests is soms redelijk tot goed als het gaat om het voorspellen van studiesucces, vooral in de eerste jaren van de studie. De voorspellende waarde neemt echter af naarmate de studenten verder in hun opleiding komen. De relatie tussen studie en beroepssucces is nog steeds onduidelijk. In alle gevallen hebben de tests te maken met aanzienlijke fouten ofwel de kans dat men de verkeerde conclusie trekt.

De gewogen loting, die in Nederland wordt toegepast en waarop veel kritiek is geweest, doet het dus niet beter of slechter dan de andere selectiemethoden en heeft het voordeel dat het allemaal veel goedkoper is dan elaborate testbatterijen, die eigenlijk niet zo gek veel meer opleveren, op studenten los te laten. Bovendien blijkt dat dan het probleem van Petrus ook wordt verlegd. Petrus kan slecht omgaan met informatie die hij uit verschillende dimensies verkrijgt en die in wezen onvergelijkbaar is. 'Laten we die maar niet aannemen, want die is leesblind', concludeerde een commissie die maar geen beslissing kon nemen over de geschiktheid van een kandidaat (veel goede uitslagen op veel testen), maar wel een paar schrijffouten zag staan[9].

SOCIAAL-DARWINISME

Dat selectie een politieke splijtzwam kan zijn in een discussie over het hoger onderwijs hoeft eigenlijk geen verbazing te wekken als men wat dieper in de geschiedenis over selectie duikt. 'De juiste man op de juiste plaats'-gedachte heeft geschiedenis gemaakt en daarbij is de schoolstrijd in verhouding tot het eerste nog vermakelijk te noemen. Sommige mensen verwijzen naar Plato en verschuilen zich achter zijn elitaire standpunt over de plaats van individuen in het staatssysteem. Men citeert dan wel de fabel van de edele metalen: 'De God die jullie schiep heeft jullie uit verschillende metalen samengesteld: de heersers van goud, de uitvoerders van zilver en de landbewerkers en produktenmakers van een mengsel van ijzer en koper.' Een beetje plat gezegd komt de fabel neer op de uitspraak: 'Je hebt het of je hebt het niet', en daar heeft iedereen zich maar bij neer te leggen.

Er zijn gevaren aan het elitaire denken verbonden, waarbij we geenszins willen ontkennen dat er aanzienlijke verschillen tussen mensen kunnen bestaan in allerlei vermogens en vaardigheden. Wat nu volgt lijkt allemaal overdreven; toch is het nuttig dergelijke ontsporingen soms in herinnering te roepen: kleine denkstapjes kunnen zeer grote gevolgen hebben en juist die denkstapjes zijn de moeite waard om nauwlettend in de gaten te houden.

In het midden van de vorige eeuw hield Darwin zich bezig met de verschillen tussen soorten en de overlevingskansen. Selectie dus. Bij Darwin wil ik als eerste even stilstaan. In zijn werk 'Decent of man' geeft deze bioloog een stevig exposé over de mens, waarbij hij zich zorgen maakt over het feit dat de beschaafde mensen instellingen bouwen voor de zieken, imbecielen en mismaakten, wetten maken voor armen en dat dokters zich zo druk maken om iemands leven zo lang mogelijk te rekken[10]. En om nog even door te gaan met de gerespecteerde Darwin: de sterkeren en jongeren moeten de oorlog in en hebben meer kans om dood te gaan, niet te trouwen en zich voort te planten, terwijl de zwakkeren onder ons thuisblijven, trouwen en zich kunnen voortplanten. Darwin maakte achteloos een stap van het dierenrijk naar de menselijke beschaving.

Dat Darwin als bioloog dit allemaal postuleerde, is nog tot daaraan toe. In zijn kielzog hebben verschillende andere wetenschappers zich beziggehouden met de interpretatie van verschillen tussen individuen met – zoals we er nu tegenaan kijken – zeer vreemde en soms uiterst bedenkelijke opvattingen. Men noemt deze stromingen sociaal-darwinisme. De natuur moet haar gang gaan en er wordt in verhouding weinig waarde toegekend aan de invloed van cultuur en sociale structuren op de verbetering van de samenleving. In wetenschappelijke studies van individuele verschillen is dit onderscheid gepopulariseerd onder de naam *'Nature versus nurture'*, een aan Shakespeare ontleend motto. In het IQ-debat heeft dit onderscheid felle tegenstanders opgeleverd; ik noem er twee: Eysenck en Kamin[11]. Eysenck beweert dat bijvoorbeeld intelligentie van een individu wordt bepaald door overerving, H2 genaamd ('nature'). Kamin daarentegen beweert met een even grote stelligheid dat intelligentie wordt bepaald door milieufactoren ('nurture'). Tot op de dag van vandaag is de strijd nog steeds niet beslecht en voordat men het in de gaten heeft laait de ruzie weer hoog op.

Op zich kan men misschien met evenveel recht beide theorieën aanhangen; daar zit het probleem niet zozeer. Het probleem ontstaat als bepaalde groepen daaraan ethische consequenties gaan verbinden, of dat men om ondoorzichtige redenen vindt dat mensen dan anders moeten worden behandeld. Men maakt dan een geraffineerde overgang van wat *is* naar wat *ought*[12]. Men gaat als het ware naar een rechtvaardiging zoeken om verschillen in stand te houden en misschien niet zozeer de verschillen, maar de bijbehorende privileges. We geven opnieuw enkele voorbeelden: Galton (1822-1911)[10], die met zeer veel acribie de verschillen tussen mensen bestudeerde, kwam uit de Engelse bourgeoisie. Hij haatte de overgeërfde privileges van de aristocratie. Galton wilde nu de stap van 'is' naar 'ought' maken door de wetenschap te gebruiken in dienst van de evolutie, om zo verschillen in 'good old England' weg te werken. Hij was een groot voorstander van eugenetica en op die manier moest er een verbetering plaatsvinden van de positie van de bekwamen. De maatschappij gaat ten onder aan de onbekwamen: voor hem waren de armen ook de dommen. De bekwamen zouden in aantal moeten toenemen door middel van selectieve partnerkeuze, gedwongen sterilisatie en een premiestelsel voor intelligente ouders. Op deze manier zou het nut van bepaalde mensen in de samenleving toenemen en zouden, zonder dat dit altijd even duidelijk uit zijn denken naar voren komt, de privileges van de aristocratie kunnen worden aangetast. Deze verhulde overgang van *is* naar *ought* staat bekend als de 'naturalistic fallacy'[12]. Uit geconstateerde verschillen wordt op een geraffineerde manier een verschillende behandeling van individuen afgeleid.

Een ander sociaal-darwinist, die precies het tegenovergestelde oogmerk had, was Arthur de Gobineau, die in dezelfde periode vooral de belangen van de aristocra-

tie wilde dienen[13]. Hij voerde een hypothetisch Arisch ras in – de overgang van individueel verschil naar rasverschil is gauw gemaakt – dat hij gebruikte om de privileges van de aristocratie te rechtvaardigen. Aristocraten waren afstammelingen van dit ras en die hebben in Europa de cultuur, filosofie, vooruitgang en beschaving gebracht. Het was dus van groot belang tot dit Arische ras te behoren, wilde je enige betekenis hebben in de maatschappij. De gelukkigen die tot het ras 'werden toegelaten' konden zich op die manier mooi afzetten tegen het ongeletterde grauw van de samenleving. De schoonzoon van Richard Wagner, Chamberlain[10], beoogde in feite hetzelfde als De Gobineau, alleen de Ariërs waren in zijn ogen Teutonen, ook een verheven ras, dat de beschavingen van de Grieken, de Romeinen en de christenen had geïntegreerd. Lodewijk XIV, Dante, Michelangelo, Marco Polo en Jezus Christus waren derhalve Teutonen.

Wat een impact dergelijke vage, niet te toetsen theorieën kunnen hebben, weten we maar al te goed, omdat de nazi's in de tweede wereldoorlog de theorie van Ariërs, niet-Ariërs, joden en niet-joden hebben gebruikt om de joden uit te roeien. Ook de beroemde Pearson van de door iedereen gebruikte correlatiecoëfficiënt heeft zijn handen niet helemaal schoon kunnen houden. Pearson was sterk geïnteresseerd in de verhoging van gemiddelde scores van bijvoorbeeld het IQ en hij was er dan ook een felle tegenstander van armen en zwakken door overheidssteun te beschermen, omdat op die manier de 'bad stock' in stand werd gehouden ten koste van de 'good stock'.

De theorieën over rassen gaan wel heel erg ver; daar hoeven we het dan verder ook niet meer over te hebben. Opvallend is echter wel hoe gemakkelijk mensen zich nog steeds bedienen van gemakzuchtige ideeën over de waarde van een bepaald onderscheid tussen individuen. Zelf ben ik in de jaren zeventig nog aanwezig geweest bij heftige en emotionele discussies rond de nota van De Groot: 'Selectie voor en in het hoger onderwijs'[3], waarin deze stelt dat de maatschappij behoefte heeft aan een meritocratie en dat het dus noodzaak is de knapsten uit te zoeken. Hij kreeg tijdens de discussies veel verwijten omdat hij ten aanzien van intelligentie een duidelijk 'nature'-standpunt innam, wat hem op een heftige oppositie kwam te staan van mensen die de invloed van sociaal-culturele omstandigheden niet zomaar onder het vloerkleed wilden laten vegen.

Tot slot wil ik nog wat zeggen over de rol van maatschappelijke factoren op de ontwikkeling van individuen, knap verwoord door de socioloog Boudon in zijn verhandeling: 'De logica van het sociale'[14]. Hoe mensen zich ontwikkelen in hun loopbaan heeft zeker niet alleen te maken met psychologische kenmerken, maar ook met sociaal-culturele opvattingen. Als onderwijssocioloog heeft hij cohorten leerlingen gevolgd in hun gang door scholen. Hij kwam tot de conclusie, dat leerlingen uit de lagere sociale klassen weliswaar eerder afhaken, soms door een intellectueel tekort, maar dat deze verklaring op zich totaal onvoldoende is om verschillen tussen sociale klassen te verklaren. Het blijkt, dat onderliggende sociale klassen gemiddeld minder waarde toekennen aan onderwijs voor maatschappelijk succes: deze groepen *onder*schatten de voordelen van onderwijs en *over*schatten de nadelen en risico's die aan onderwijs vastzitten. Verschillen in schoolprestaties hebben in de eerste fase van leren en studeren dus vooral ook te maken met 'nurture', om het oude Shakespeariaanse onderscheid maar weer eens te hanteren.

Dit geldt niet alleen voor het begin van carrières. Het blijkt ook, dat het later functioneren van een arts maar moeilijk uitsluitend op basis van cognitieve kenmerken te voorspellen is. Het latere gedrag en functioneren wordt sterk beïnvloed door de omgang met patiënten, collegae en de organisatie van het gezondheidszorgsysteem waarin men werkt[15]. Vooral ook het kunnen samenwerken is van cruciaal belang. Dit blijkt ook tijdens de studie het geval te zijn. Men heeft eens een groep studenten die steeds meer vertraging opliep onderzocht[16]. Deze groep was in te delen in een aantal subgroepen. Studenten met academische problemen en studenten met psychische problemen bleken het uiteindelijk nog aardig te doen in de opleiding en te slagen. De derde groep, studenten die interpersoonlijke problemen hadden, problemen met medestudenten, docenten en andere bij het onderwijs betrokkenen, had de minste kans van slagen.

CONCLUSIE

Het tableau van de mogelijkheden en onderzoekresultaten voor selectie overziend, zouden we zeker geen pleidooi willen houden voor een strengere selectie voor de geneeskunde. Voor een betere selectie is veel geld nodig en de voorspellende waarde van de meeste testen voor het uiteindelijke beroepssucces is twijfelachtig. Studenten kunnen beter vroeg tijdens de studie in aanraking komen met de praktijk om zelf uit te maken of het beroep hun aanstaat.

Ook onderwijskundig valt er veel te verbeteren. Het Maastrichtse onderwijssysteem heeft veruit het hoogste rendement en tot nu toe is nog nooit aangetoond dat in het zuiden van het land een mindere kwaliteit arts wordt afgeleverd. Verbeteringen via deze weg lijken meer kans van slagen te hebben dan ouderwets wapengekletter met hoge cijfers, intelligentie en nog meer cognitieve aspecten, om pas later voor de zoveelste keer te ontdekken dat het rendement maar niet viel te verbeteren. Daarnaast dreigt het gevaar van gemakzuchtige ideeën over de betekenis van gevonden verschillen voor de studie en het latere beroep. Bovendien hebben we hier een goede democratische traditie aan de universiteiten, waar strenge selectie en elitaire behandeling nooit zo'n sterke voedingsbodem hebben gehad. Selectie hoeft bij een kritische beschouwing geen splijtzwam op te leveren, dus kan Petrus de brave oude heer aan de toegangspoort blijven. □

Literatuur

1. HOOP 1; Kerndocument, Hoger Onderwijs en Onderzoek Plan. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1987.
2. Loo RPJM van de. Selection of surgical trainees in the Netherlands. Personality assessment techniques and aptitude testing as aids to the selection of surgical trainees. Annals of the Royal College of Surgeons of England 1988: 70: 277-9.
3. Selectie voor en in het Hoger Onderwijs. Een probleemanalyse. Commissie Ontwikkeling Wetenschappelijk Onderwijs. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1972.
4. Baneke JJ. Selectie van artsen. Bulletin Medisch Onderwijs 1989: 42-9.
5. Mitchell J. Use of MCAT data in selecting students for admission to medical school. J Med Educ 1987: 62: 871-9.
6. Maatsch JL, et al. Predictive validity of medical specialty examinations. East Lansing: Office of Medical Education Research and Development. College of Human Medicine, Michigan State University, 1983.
7. Smith SR, Vivier PM, Blain AL. A comparison of the first-year medical school performances of students admitted with and without interviews. J Med Educ 1986: 61: 404-6.
8. Knight AC. Psychiatric interviews and psychological tests as predictors of medical students' success. J Med Educ 1987: 62: 658-64.
9. Daves M. You can't systematize human judgement: Dyslexia. *In:* Dowie J, Elstein A (eds). Professional Judgement, a reader in clinical decision making. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
10. Martindale D. The nature on types of sociological theory. London: Routledge & Kegan Paul, 1967.
11. Eysenck HJ, Kamin L. Intelligentie; erven of verwerven. Utrecht/Antwerpen: Spectrum, 1982.
12. Leeuw J de. Individuele verschillen en ongelijkheid. *In:* Berting J, et al. Sociale ongelijkheid. Muiderberg: Coutinho, 1986.
13. Gobineau A de. Essay sur l'inégalité des races humaines. *In:* Duverger M. Introduction à la politique. Gallimard, 1964.
14. Boudon R. De logica van het sociale. Een inleiding tot sociologisch denken. Alphen a/d Rijn: Samson Uitgeverij, 1981.
15. Pottinger S. Competence testing as a basis for licensing. *In:* Bunda MA, Sanders JR (eds). Practice and problems in competency-based measurement. Washington DC: National Council on Measurement in Education, 1979.
16. Hendren L. Predicting success and failure of medical students at risk for dismissal. J Med Educ 1988: 63: 596-602.

Medisch onderwijs anno 1989

Medische faculteiten en de artsenopleiding

Overwegingen bij een keuzeproces

Dr. H. J. M. van Rossum

De medische faculteiten staan voor de uitdaging invulling te geven aan het tot nu toe virtuele begrip 'basisarts'. Zal het resultaat veel uitmaken voor de student? Dr. H. J. M. van Rossum, onderwijscoördinator Interne Geneeskunde aan de Rijks Universiteit Leiden, probeert deze vraag te beantwoorden.

De medische faculteiten van nu verschillen op een aantal punten van de faculteiten in het begin van de jaren zestig. Vergeleken met nu waren er toen minder vakgroepen, minder docenten en was het rooster overzichtelijker; de onderwijsoverlegstructuur was informeel van aard en lag op het niveau van gezaghebbende hoogleraren. Nu bestaat het overleg over onderwijs uit een gereglementeerde samenspraak tussen alle docenten en studenten. Hoe zijn deze verschillen ontstaan en wat waren de gevolgen voor het medisch curriculum?

In de jaren zestig breidde het wetenschappelijk personeel zich sterk uit. De staf-studentratio nam met ongeveer een factor drie toe[1]. Dit personeel werd in de eerste plaats geworven voor 'research' en ontwikkelingsgeneeskunde en niet uit onderwijskundige motieven. Zij kregen echter wel een plaats in het onderwijsprogramma toegewezen, meestal als afsplitsing van de onderwijstaak van de (bijna) emeritus, die het 'gehele vak' nog had overzien. De effecten op het onderwijs waren tweeërlei: de studenten kregen te maken met een groeiend aantal, niet op onderwijsmerites geselecteerde docenten, die steeds meer te vertellen hadden over een steeds kleiner gebied. Het effect op docenten was, dat onderwijs een steeds kleiner deel van hun dagtaak ging innemen en mede hierdoor van minder gewicht werd. Vooral de academische ziekenhuizen profiteerden van deze ontwikkeling; Querido beschreef dit als volgt[2]: 'De academische ziekenhuizen hebben de benodigde voorzieningen (van geavanceerde medische zorg; HvR) min of meer gerealiseerd via roofbouw op de staven der medische faculteiten, en exploitatietekorten ten laste van het departement van Onderwijs en Wetenschappen.'

Maar wat gebeurde er met het medisch curriculum? Wat deden de veranderde medische faculteiten met hun onderwijsprogramma in de jaren zeventig, toen curriculumverkorting en democratisering van het bestuur moesten worden gerealiseerd, en in de jaren tachtig, toen onder diverse vlaggen bezuinigingen moesten worden geëffectueerd?

FACULTEIT ALS VORMGEVER

Het curriculum is binnen bepaalde randvoorwaarden een produkt van normen, waarden, machtsverhoudingen en gebruiken die in een faculteit heersen. De laatste twintig jaar zijn in de medische faculteiten* verschillende grootschalige curriculumveranderingen doorgevoerd. Hoe zijn deze veranderingen te karakteriseren?

Allereerst is er een aanleiding tot verandering, meestal een exogeen moment: een verordening uit Den Haag. Voorbeelden zijn de verkorting der opleiding van zeven naar zes jaar, de Wet Tweefasenstructuur en de opgelegde samenwerking tussen verschillende faculteiten. Vervolgens wordt een commissie belast met de taak het bestaande programma te herzien. Deze commissie grijpt de aanleiding tot verandering aan om het programma in meerdere of mindere mate op zijn kop te zetten, waarbij nieuwe naambordjes worden gebruikt: 'disciplinair', 'interdisciplinair', 'probleemgericht', 'thematisch', 'blokkensysteem' en 'modulair onderwijs'. Vervolgens proberen docenten in de nieuwe opzet hun plaats te veroveren om uiteindelijk, met enige aanpassingen, dezelfde kennis en kunde aan studenten over te dragen. Net als bij een stoelendans vallen er enige slachtoffers, omdat er te veel gegadigden zijn voor het aantal beschikbare uren. Gelegenheid voor een bezonnen evaluatie van de verandering is er niet, omdat het volgende exogene moment zich aandient voordat de studenten van het vorige curriculum hun studie hebben kunnen afmaken. Op zich maakt dit ook niet zoveel uit, want het eindprodukt: de basisarts, wordt niet op betrouwbare wijze geëvalueerd, zodat een conclusie over het niveau van kennis en kunde der afstuderenden niet kan worden getrokken. Elke volgende verandering wordt dus in den blinde opgezet.

Zijn dergelijke curriculumveranderingen verontrustend voor studenten? Afgezien van de tijdelijke onrust die een verandering teweegbrengt, omdat inhoud en opzet van tentamina met het programma mee veranderen, is aan het eind van de rit geen belangrijk verschil qua kennis te verwachten. Uitgebreide literatuur op dit gebied toont aan, dat verschillen in onderwijsmethodiek en -systemen niet resulteren in belangrijke kennisverschillen op gebruikelijke kennistoetsen[1 3-5]. Bovendien zijn de co-schappen niet ingrijpend van opzet veranderd, zodat mogelijk gecreëerde verschillen in het pre-doctorale programma in de post-doctorale fase worden uitgewist. Waarom laten faculteiten zich zo weinig gelegen liggen aan de kwaliteit van hun studenten? Een vergelijking van de medische faculteit met een vrije ondernemer laat zien waar de schoen wringt.

FACULTEIT ALS ONDERNEMER

Vergelijkt men de medische faculteit met een ondernemer, dan verwacht men dat het management van de instelling (het faculteitsbestuur) op geleide van de marktvraag (behoefte aan artsen) de geschikte grondstoffen selecteert (aankomende eerstejaars), die vervolgens via een gecontroleerd produktieproces (het curriculum) tot een gewaardeerd produkt (de basisarts) worden omgevormd. Deze vergelijking gaat echter niet op. Hoe komt dat?

De faculteit is niet een onafhankelijke ondernemer, maar de gevangene van externe regelgeving met een onduidelijke

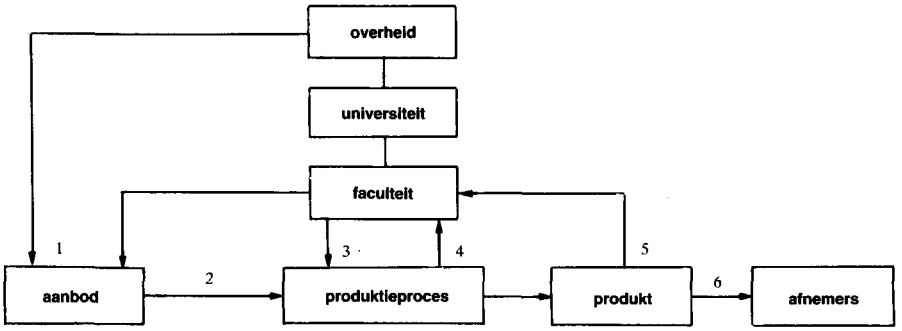
* De nu volgende beschrijving is niet op alle medische faculteiten in gelijke mate van toepassing. Met name in Maastricht verlopen enkele processen wezenlijk anders.

opdracht. Alleen ten aanzien van het produktieproces is de faculteit autonoom. Aan de hand van de *figuur* wordt dit geïllustreerd. De cijfers in de volgende alinea verwijzen naar de figuur.
Op de kwaliteit van het aanbod heeft de faculteit weinig of geen invloed: de overheid treedt regulerend op (1). De faculteit kan niet selecteren aan het begin (2), waar een gewogen loting de instroom bepaalt. Wel speelt de faculteit een rol bij het op peil brengen van kandidaten met een deficiënt vakkenpakket. De faculteit is autonoom in de regeling van het produktieproces (3), zij het dat de randvoorwaarden hiervoor via het college van bestuur door de overheid worden bepaald. Informatie over het produktieproces wordt in wisselende mate en vaak niet op systematische wijze verzameld (4). Produktspecificaties van de basisarts zijn er niet, het eindprodukt wordt niet gemeten (5). In een oververzadigde marktsituatie moeten de 'produkten' zelf hun weg vinden: de faculteit heeft geen belang bij een op de vraag afgestemde produktie, de beroepsopleidingen evenmin, zolang het aanbod groter is dan de opleidingscapaciteit (6).
Het is dan ook niet verwonderlijk dat de medische faculteiten hun opleiding in den blinde besturen. Het doel: de basisarts, is een virtueel en schimmig produkt, er is geen prikkel uit de afzetmarkt en geen bevoegdheid om te selecteren. Dit kan echter niet zo blijven, gezien de voortgaande groei van medische kennis en kunde bij krimpende middelen voor onderwijs en gezondheidszorg. Het maken van keuzes is onvermijdelijk. Een slagvaardig beleid is nodig om de medische faculteiten zinvolle produktie-eenheden van basisartsen te laten zijn.

SLAGVAARDIGHEID

De overheid zal doorgaan met het nemen van maatregelen die de medische faculteiten rechtstreeks of indirect treffen. De relatie van de faculteiten met de hogere beroepsopleidingen in de gezondheidszorg, profilering van academische ziekenhuizen, het overschot aan basisartsen en veranderende relaties tussen de landen in Europa zijn slechts enkele onderwerpen die om sturing door de overheid vragen. Maar niet van de overheid alleen! Ook de faculteiten dienen beleid te voeren op het gebied van onderwijs; zíj zijn de enige instanties die de opleiding tot arts verzorgen. Research en geavanceerde medische zorg kunnen binnen andere instellingen worden verricht, medisch onderwijs echter is het prerogatief van de faculteiten. De faculteitsbesturen dienen hun verantwoordelijkheid tot uitdrukking te brengen in een actief en slagvaardig beleid, dat verder gaat dan het tot nu toe gedemonstreerde interne beleid ten aanzien van het curriculum.
Het kiezen van een *signatuur* voor de te produceren basisarts is een eerste vereiste. Op geleide hiervan kan men dan 'grondstoffen' selecteren en de faculteit als produktie-eenheid toesnijden op de gekozen signatuur. Onderstaande uitwerking is een nadere illustratie.

Figuur. De medische faculteit als ondernemer.



Geen invloed op de kwaliteit van het aanbod, geen belang bij de marktvraag, geen informatie over de kwaliteit van het eindprodukt: een wilde producent van basisartsen.

Extern strategisch beleid

Het kiezen van een signatuur betekent, dat de faculteit in harmonie met het College van Bestuur, het academisch ziekenhuis en de regionale gezondheidsvoorzieningen moet opereren om die signatuur ook daadwerkelijk in het onderwijsprogramma te kunnen effectueren. Dit punt is dus een eerste voorwaarde voor welslagen. Het strategisch beleid dient zich te richten op de kwaliteiten van de instromende studenten en de kwaliteiten van het produkt: de basisarts. Het verschil tussen beide kwaliteiten is doel der opleiding.

De *efficiëntie van de opleiding* kan worden vergroot als aan de ingang van de faculteit wordt geselecteerd op grond van VWO-pakketten. Een faculteit die bijvoorbeeld biologie verplicht stelt kan haar curriculum beter laten aansluiten op het niveau van de beginnende eerstejaars, omdat de studenten qua voorkennis minder heterogeen zijn. Er is meteen ook ruimte voor nieuwe vakken, practica of stages in het programma.

Wat betreft de *aansluiting op de beroepsopleidingen* moeten de faculteiten durven verschillen. De huidige, gegroeide inrichting der co-schappen zal moeten worden afgestemd op de ingangswensen van die beroepsopleidingen, voor zover die passen bij de door de faculteit gekozen signatuur. Verplaatsing van thans curriculaire onderdelen naar de beroepsopleidingen of nascholingsonderwijs moet worden onderzocht. Ook het zoeken naar bepaalde of zelfs nieuwe afnemers van de volgens de signatuur van de faculteit opgeleide basisartsen past binnen dit beleid.

Intern onderwijsbeleid

In de eerste plaats zullen keuzes moeten worden gemaakt voor de *inhoud van het kerncurriculum.* Een belangrijke scheidslijn zal lopen tussen parate kennis en kennis die kan worden opgezocht. Als criteria voor deze scheiding kunnen onder andere frequentie, ernst en illustratieve waarde van ziektebeelden worden gebruikt, maar ook investeringswaarde van kennis. Deze investeringswaarde kan worden geschat uit verschillende invalshoeken. Zo hebben kennis en ervaringen die toekomstige samenwerking tussen de verschillende specialismen vergemakkelijken een grotere investeringswaarde dan kennis die slechts voor een bepaald specialisme relevant is. Veroudering van kennis is een ander kenmerk dat kan worden gebruikt om investeringswaarde van kennis te schatten. Symptomatologie van ziekten veroudert in de regel minder snel dan geavanceerde diagnostische en therapeutische technieken doen. In het algemeen zal kennis die niet snel veroudert relevanter zijn voor de basisartsopleiding, omdat de kans groot is dat deze

kennis nog steeds relevant is ten tijde van de beroepsuitoefening die meestal jaren later valt. Voor de vaardigheden geldt een soortgelijke redenering.
Keuze-onderwijs heeft een andere functie dan het programma van het kerncurriculum. In *keuzestages* kunnen de studenten ervaren hoe nieuwe kennis wordt gegenereerd. De studenten hebben de mogelijkheid zich te oriënteren hoe onderzoekvraagstellingen worden geformuleerd en beantwoord. De leeromgeving is van groot belang; daarom zullen deze stages moeten vallen binnen de onderzoekzwaartepunten van de faculteit.
In de tweede plaats dient het interne beleid zich te richten op het *niveau der docenten*. Dit begint met het aanstellingsbeleid. Het profiel van een nieuwe docent dient te passen bij de door de faculteit gekozen signatuur. Bij het kiezen uit personen hoort onderwijs een zwaardere weegfactor te zijn dan thans het geval is. Het aanstellen van 'teaching professors' zonder zware researchtaak past ook binnen dit beleid. Na de aanstelling kan de kwaliteit door docententrainingen verder worden bevorderd. Deze trainingen zullen moeten zijn afgestemd op specifieke onderdelen van de docententaak. Er zijn meerdere docentenrollen, zoals die van identificatiefiguur, demonstrator, instructeur, controleur, studieadviseur en schrijver van onderwijs- en toetsmateriaal. Iedere rol of taak vergt andere bekwaamheden. Docenten dienen zich dus bij te scholen voor die rollen waar zij minder goed in zijn.
Voor de controle van het eindniveau van kennis en kunde der studenten is een *onafhankelijke toetsing* nodig, die is gebaseerd op de gekozen signatuur. Als onderdeel van het facultaire onderwijsprogramma dient een toetssysteem te worden gebruikt dat is ontworpen om het leerproces der studenten te optimaliseren. Het mondeling examen, het meest precieze instrument om leemtes in kennis op te sporen, verdient hierbinnen een geherwaardeerde plaats.

Inrichting facultaire organisatie

Een slagvaardig bestuur moet kunnen beschikken over professionele instrumenten in de beleidsvoorbereidende en uitvoerende sfeer. Met behulp hiervan kunnen vorm en inhoud van het curriculum op facultair niveau worden bepaald en bewaakt. Voor een innoverend beleid is meer nodig. Via een projectmatige aanpak kan het bestuur het onderwijsprogramma stapsgewijs modelleren tot het is afgestemd op de beoogde signatuur. De belangrijkste ingrediënten voor dit *sturend beleid* vormen de evaluatiegegevens over het curriculum en de adviezen die uit de onderwijsresearch komen. Recent onderzoek naar patroonherkenning en klinisch denken lijkt het formuleren van een leertheorie op dit gebied naderbij te brengen. Hiervan kan gebruik worden gemaakt bij het modelleren van het programma. De uiteindelijke vormgeving van het onderwijs zelf geschiedt uiteraard door docenten uit vakgroepen die zich als vakdidactici hebben geprofileerd. Samen met professionele onderwijsarchitecten van het facultaire niveau vormen deze docenten de onmisbare schakel tussen het facultaire beleid en het uit te voeren onderwijsprogramma.

TEN SLOTTE

De medische faculteiten staan voor de uitdaging invulling te geven aan het tot nu toe virtuele begrip 'basisarts'. Zal het resultaat veel uitmaken voor de student? Dat is moeilijk te zeggen, omdat studenten onderwijsprogramma's niet kunnen vergelijken: zij volgen alleen hun eigen curriculum. Een poging toch:
De uiteindelijke programma's zullen bestaan uit een combinatie van grootschalige, kleinschalige en individuele werkvormen, afgestemd op de verschillende leerstijlen van studenten en de eigenschappen van de aanwezige docenten. Het rooster zal er anders uitzien dan thans, de studie is zeker interessanter, maar het dagelijks leven van de student zal niet veel veranderen. Het is een mengeling gebleven van hoorcolleges (minder dan thans), patiëntendemonstraties (meer dan thans), practica, discussiegroepen, stages en zelfstudie, met dit laatste als belangrijkste component. □

Literatuur

1. Rossum HJM van. Medisch onderwijs: wegen zoeken en wegen. Academisch proefschrift. Groningen, 1977.
2. Querido A. Algemene beschouwingen over functie en taken van academische ziekenhuizen. *In:* Memorandum I, verkenning der problematiek. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1970.
3. Dubin R. Taveggia ThC. The teaching-learning paradox. University of Oregon, 1968.
4. Bender W. Cohen-Schotanus J, Imbos T, Versfelt WA, Verwijnen M. Medische kennis bij studenten uit verschillende medische faculteiten: van hetzelfde laken een pak? Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 917-21.
5. Schmidt HG, Dauphinee WD, Patel VL. Comparing the effects of problem-based and conventional curricula in an international sample. J Med Educ 1987; 62: 305-14.

Dit artikel is de uitwerking van een lezing, gehouden op 4 november 1988 tijdens het symposium der Medische Faculteit der Leidse Studenten, getiteld 'De prognose der progressie'.

De auteur dankt de volgende personen die als kritische lezers hebben bijgedragen aan de totstandkoming van de uiteindelijke tekst: Prof.Dr. M. G. van Nieuwenhuijzen, Prof.Dr. J. Moll, Dr. W. Bender, Drs. A. J. J. A. Scherpbier, Drs. G. M. Verwijnen en Drs. E. M. van de Putte.

Medisch onderwijs anno 1989

De co-assistent anno 1989

Echt assistent of eigenlijk alleen toekijker?

Mr. G. A. M. Thiadens,
A. J. J. A. Scherpbier en
R. R. Hiemstra

Het leren van de medische praktijk vergt een intensief begeleid en gecontroleerd onderwijsprogramma, anders is de co-assistent te lang toekijker of te vroeg assistent. Dit concluderen de artsen Mr. G. A. M. Thiadens, stafmedewerker Medische Zaken van het Academisch Ziekenhuis Utrecht en tot eind januari '89 co-assistent, A. J. J. A. Scherpbier, onderwijscoördinator bij de vakgroep Chirurgie aan de Rijksuniversiteit Groningen, en R. J. Hiemstra, coördinator tweedefase-onderwijs bij het Bureau Onderwijsontwikkeling Geneeskunde (BOOG), eveneens aan de Rijksuniversiteit Groningen.

De co-assistenten in de academische en geaffilieerde ziekenhuizen bevinden zich in een positie waarvan een groot aantal aspecten niet eenduidig is beschreven en vastgelegd.
Van der Gulden stelde in 1984 vast[1], dat er aanzienlijke verschillen bestaan in het praktisch-klinisch deel (de co-assistentschappen) van de curricula van de medische faculteiten. Tevens concludeerde hij, dat het praktisch-klinisch onderwijs vaak in gebrekkige (of soms geheel niet) toetsbare doelstellingen en programmastructuren is omschreven.
Naast de bestaande literatuur, is dit artikel grotendeels gebaseerd op eigen ervaringen en op gesprekken met studenten die binnenkort, na afronding van de co-assistentschappen, het artsdiploma zullen behalen.

WAARTOE?

Waartoe een co-assistentschap?

Kort samengevat: het gaat in het co-assistentschap om 'het leren van de medische praktijk'. Vaak wordt daarvoor fraaie terminologie gebruikt. Zo moet de co-assistent kennis en vaardigheid verwerven waarmee hij of zij in staat is een anamnese op te nemen en lichamelijk onderzoek te verrichten en waarvan vervolgens de verkregen gegevens geordend in een status worden vastgelegd. Daarnaast moet de co-assistent leren de verkregen gegevens te interpreteren, differentiaaldiagnostische overwegingen te maken en tenslotte moet de co-assistent in staat zijn een beleid voor de individuele patiënt uit te stippelen.
Voor veel co-assistenten blijkt de praktijk ver weg te liggen van het aldus omschreven 'leren van de medische praktijk'. De takenpakketten van de co-assistent op de verschillende afdelingen kunnen inhoudelijk aanzienlijk van elkaar afwijken.
Het is de vraag of het doel van een co-assistentschap in de praktijk in voldoende mate wordt gerealiseerd. Zo blijken de werkzaamheden van de co-assistent (te) vaak uitsluitend te bestaan uit routinewerkzaamheden als: venapuncties, infusen inbrengen, het bijwerken van de status en het ophalen van foto's. Op een dergelijke afdeling oogsten de co-assistenten vaak geen waardering voor hun schranderheid in het oplossen van medische problemen (wie zou dat ook opvallen?), maar juist wel door de gewiekstheid waarmee ze op een vroeg tijdstip een gewenste laboratoriumuitslag kunnen achterhalen. De als voorbeeld genoemde routinewerkzaamheden kunnen uiteraard een onderdeel zijn van een co-assistentschap. Primair echter behoren co-assistenten bij patiënten de anamnese op te nemen, lichamelijk onderzoek te verrichten, een en ander in een status vast te leggen en met betrekking tot dit geheel te worden gesuperviseerd. Waar echter de activiteiten langs de zijlijn het echte spel overschaduwen is er iets mis en kunnen we ons ernstig gaan afvragen of bij de student aan het eind van de opleiding de (medische) bekwaamheden aanwezig zijn die het artsdiploma mag veronderstellen.

HOE?

Al lijkt het takenpakket van de co-assistent op papier nog zo in overeenstemming met het doel van het co-schap, het leidt pas tot werkelijke bekwaamheid, wanneer de co-assistent met betrekking tot zijn of haar werkzaamheden intensief wordt gesuperviseerd.
Krijgen de studenten binnen de co-assistentschappen voldoende begeleiding? Het lijkt erop dat stafleden en zaalartsen er vaak van uitgaan dat de co-assistent de elementaire basisvaardigheden beheerst. Het is immers een uitzondering dat een co-assistent onder direct toezicht van een supervisor handelingen verricht. Observatie van de vaardigheid in het opnemen van de anamnese of het verrichten van het lichamelijk onderzoek is zeer ongebruikelijk. Veel nieuwe technische vaardigheden 'leren' co-assistenten van collega's die al in hetzelfde co-schap ervaring hebben opgedaan. Geregeld moet een co-assistent supervisie over zijn activiteiten bevechten en deze beperkt zich dan tot een bespreking van het resultaat (de status). Commentaar op het proces (anamnese en onderzoek) waarin de gegevens zijn verkregen blijft achterwege.

Onvoldoende begeleiding kan tot ver uiteenlopende opleidingssituaties leiden. Zo kan, wanneer het aantal co-assistenten groot is, het aantal patiënten relatief gering en wanneer er meerdere assistenten (al dan niet in opleiding), supervisoren en stafleden zijn, de frustratie bij de co-assistent al snel leiden tot een passieve en toekijkende rol; er is immers geen belangstelling voor je werk, je voelt je overbodig en soms loop je zelfs in de weg. De vicieuze cirkel is rond, wanneer vervolgens de opleiders, in plaats van zich actiever met hen te bemoeien, de co-assistenten gebrek aan interesse en initiatief verwijten.
Aan de andere kant zijn er opleidingssituaties waarin de co-assistent nogal wat taken in de directe patiëntenzorg heeft. Tegen de achtergrond van een niet altijd

even sufficiënte begeleiding is het niet denkbeeldig, dat de student de grenzen van het eigen weten en kunnen niet zorgvuldig en verantwoord leert hanteren. Een voorbeeld van een dergelijke situatie is de co-assistent die dienst doet op een polikliniek en die zelf moet beslissen of de situatie van de patiënt noopt tot het raadplegen van een arts.
De heroïsche verhalen over *zelfstandig* uitgevoerde medische handelingen op grond van *eigen besluitvorming* gaan vaak gepaard met een grote satisfactie over de opleiding. Vanuit onderwijskundig oogpunt kan deze situatie als 'even onwenselijk' worden beschouwd als die waar de co-assistent enkel als toeschouwer fungeert.
De laatste proeve van bekwaamheid, het artsexamen, zou aan alle twijfel over het eindresultaat van de opleiding een eind moeten maken. Helaas laat ook deze controle achteraf aan betrouwbaarheid en validiteit (de mate waarin het examen de bekwaamheid tot het uitoefenen van de geneeskunde meet) te wensen over[2-5].

WAT MAG?

Het doel van een co-assistentschap: 'leren van de medische praktijk', roept de vraag op of en hoe de bevoegdheden van een co-assistent zijn vastgelegd.
De Nederlandse wetgeving kent geen inhoudelijke beschrijving van de bevoegdheden van een co-assistent. Juridisch gezien zijn er voor wat betreft de bevoegdheden duidelijke parallellen waar te nemen met de positie die de verpleegkundige in het ziekenhuis heeft. Men kan stellen, dat de co-assistent zijn of haar bevoegdheid, dat wil zeggen de rechtens geldende toestemming voor zijn of haar handelen, ontleent aan de 'verlengde-arm'-theorie die in een uitspraak van de Hoge Raad in 1952 is vastgelegd. De Hoge Raad besliste toen, 'dat het aan groepen personen is geoorloofd onder zekere omstandigheden bedoelde injecties toe te dienen, waarbij te denken valt aan het handelen onder onmiddellijk toezicht van een bevoegd arts . . .'
Voor verpleegkundigen heeft de Centrale Raad (nu: Nationale Raad) voor de Volksgezondheid in 1972 een advies uitgebracht waarin hij de beroepshandelingen van verpleegkundigen probeert weer te geven[6]. De raad noemde in dit rapport als verpleegkundige beroepshandelingen die handelingen welke in het kader van continue observatie en begeleiding van de patiënt gedurende zijn gehele verblijf in het ziekenhuis worden uitgevoerd (naast handelingen gericht op verpleging en verzorging van de patiënt). Tevens noemt de raad handelingen op geneeskundig terrein die in aansluiting op diagnostische en therapeutische activiteiten van de arts en in diens opdracht worden verricht.
Analoog aan de verpleegkundige, verricht de co-assistent de door hem of haar uitgevoerde handelingen niet onbevoegd, wanneer deze handelingen in aansluiting op diagnostische en therapeutische activiteiten van de arts in diens opdracht (en onder diens verantwoordelijkheid en onmiddellijk toezicht) zijn verricht. Als aan deze voorwaarden wordt voldaan, lijken op dit vlak geen grote problemen te bestaan. Echter, eerder in dit artikel bleek dat er (soms te) weinig toezicht is . . .

TENSLOTTE

Het is in meer dan één opzicht van belang eens goed aandacht te schenken aan de positie van de co-assistent in het academisch of het perifeer ziekenhuis. Als onbezoldigd 'werknemer' heeft hij of zij het er dikwijls niet gemakkelijk mee zich, in de niet al te lange periode die voor een coschap in een bepaald vakgebied beschikbaar is, de kennis en de vaardigheden die het werken in een specifiek vakgebied vereist eigen te maken. De tijd die in het curriculum beschikbaar is voor het leren van de medische praktijk is erg kort, zeker in relatie tot de tijd die aan het overdragen, verwerven en reproduceren van kennis wordt besteed[7]. Studenten en docenten besteden veel tijd aan schoolbord en dia's en weinig tijd aan patiënten, zoals ook Mellinkoff constateert[8]; bovendien zijn volgens hem de weinige patiënten die de student ziet, niet geschikt om het vak te leren. Daarvoor moet het accent in de co-schappen worden verlegd van klinische patiënten naar poliklinische patiënten: als patiënten worden opgenomen, is veelal de diagnostiek voor een groot deel al verricht. Een goede begeleiding van co-assistenten is noodzakelijk, of zoals Mellinkoff het beschrijft[8]: 'Teachers should share with students the patients themselves and the detective work required to understand them.'

*
**

Kort samengevat: het leren van de medische praktijk vergt een intensief begeleid en gecontroleerd onderwijsprogramma. Anders is de co-assistent te lang toekijker en te vroeg assistent. □

Literatuur

1. Gulden JWJ van der. Senior co-assistentschappen in Nederland. Medisch Contact 1984; 36: 1141-4.
2. Bleys FC, Verwijnen GM. Artsexamen in discussie. Van willekeur naar KEMA-keur. Medisch Contact 1987; 42: 532.
3. Metz JCM. Het praktisch klinisch examen; een kritisch onderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd 1985; 129: 796-8.
4. Scherpbier AJJA, Bender W, Cohen-Schotanus J. Over betrouwbaarheid van examinatoren. *In:* Zwierstra RP, Vermey A, Scherpbier AJJA (eds.) Spieghel Chirurgicael. Assen: Van Gorcum, 1986: 78-81.
5. Metz JCM. Het gestructureerd klinisch examen. Ned Tijdschr Geneeskd 1986; 130: 2091-3.
6. Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Advies inzake de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van verpleegkundigen in de intramurale gezondheidszorg. 's-Gravenhage, mei 1972.
7. Metz JCM, Scherpbier AJJA. Systematische vaardigheidstraining als voorbereiding op de co-assistentschappen. Ned Tijdschr Geneeskd 1989; 133: 561-4.
8. Mellinkoff SM. The medical clerkship. N Engl J Med 1987; 371: 1089-91.

Meester Dokter

Dringen in de co-schappen

In mei van dit jaar lanceerden Utrechtse medische studenten een grote luchtballon, als protest tegen het afstoten van het Tilburgse Sint Elisabeth Ziekenhuis als affiliatieziekenhuis voor senior co-assistenten. Op de foto in het Universiteitsblad kon men een grote menigte waarnemen, niet alleen studenten, maar ook directieleden, artsen en andere personeelsleden, voor wie het gezwinde opstijgen van de ballon aanleiding was om even een glimlach te tonen, in plaats van het zure gelaat ontstaan na de mededeling dat Tilburg fini was.

Waarom deze stunt? De aandacht moest gevestigd worden op zowel het verlies aan inkomsten – 20.000 gulden per stageplaats – voor het ziekenhuis, alsmede op de boosheid van de studenten, die in de periferie een goede leeromgeving verloren zagen gaan.

Het Academisch Ziekenhuis Utrecht heeft een groot aantal seco-plaatsen teruggezogen uit de geaffilieerde opleidingen en daarmee de eigen zak gespekt om de tent draaiende te houden. 'Het gaat ten koste van het onderwijs', zo erkennen docenten van de medische faculteit. 'Aan de andere kant moeten we reëel zijn: we hebben het geld zelf hard nodig om personeel in dienst te kunnen houden.'

Hoewel personeel in dienst kon blijven, is het er in de co-schappen ook niet gezelliger op geworden. Was het vroeger al moeilijk veel en verschillende patiënten te zien om zo de broodnodige ervaring op te doen, nu verdringen de seco's, die voordien vrijwel volledig in perifere ziekenhuizen hun bekwaamheid opvijzelden, zich om de weinige patiënten, terwijl zij hun plaats nog moeten delen met de junior co-assistenten die beleefd vragen of zij ook een gesprekje met de patiënt mogen voeren. Bovendien klagen de seco's ook nog eens over de assistenten in opleiding, die, met het nodige lef, de patiënten voor zich opeisen. Een heel gedrang dus. Dat de meestal toch behoorlijk zieke mensen in de academische ziekenhuizen op hun beurt niet staan te wachten op rijen nog weinig opgeleid personeel om zich voor de honderdste keer te laten onderzoeken, laat zich gemakkelijk raden.

Wat kun je nu doen om de kwaliteit van het onderwijs niet onaanvaardbaar te laten dalen? In de VS, waar dergelijke problemen zich al veel eerder hebben voorgedaan, heeft men aan de Minnesota Medical School het probleem op een creatieve manier trachten op te lossen. Medische studenten moeten niet alleen student zijn, maar ook patiënt en docent. De organisatie die nodig is om al die rollen te kunnen spelen is een OSCE, ofwel een 'objective structured clinical examination', een examenmethode waar Jaap Metz uit Nijmegen al enige leuke ervaringen mee heeft opgedaan. Nu zullen we het woord 'examen' maar even vergeten, want het circusexamen, bestaande uit een twintigtal stationnetjes, kan natuurlijk net zo gemakkelijk worden gebruikt voor instructiedoeleinden.

De oudere studenten in Minnesota bleken na enige voorbereiding zeer goed in staat zowel de rôl van patiënt als die van docent te spelen. Ze deden dat zeer realistisch en effectief. Uit de evaluaties bleek, dat de studenten door deze rollen te spelen achteraf het gevoel hadden dat ze de medische problematiek veel beter begrepen; ze voelden wat het was om patiënt te zijn en om patiëntenproblemen aan hun jongere collega's uit te leggen, hetgeen bij henzelf ook de nodige verheldering teweegbracht. Het genoegen werd door de jongere collega's beantwoord met een zeer hoge waardering voor de feed-back die zij van de ouderejaars studenten kregen.

Ik zie het al een beetje voor me in Nederland: Een nieuwe patiënt wordt het eerst door de senior co-assistent gezien. Seco's hebben ook de eerste rechten, erkennen de docenten. Zij maken er een status van, na voorbereiding van de begeleiding weten zij hoe zij de rol van de patiënt moeten uitwerken om die zelf als gesimuleerde patiënt te kunnen spelen voor de jongerejaars studenten. Met een docent legt de student maatstaven aan hoe zo'n patiënt moet worden behandeld om ook de rol van docent te kunnen vervullen. Met de opdracht een anamnese af te nemen bij de ouderejaars gesimuleerde patiënten kunnen we al een aardig aantal stationnetjes bezet houden. Maar daar hoeft het niet bij te blijven. De andere stations kunnen we bestemmen voor andere medische taken, zoals het schrijven van een status, bijvoorbeeld na het zien van een videoband of eveneens na een anamnese op de ouderejaars, het doen van een of ander lichamelijk onderzoek, ook weer op elkaar of we zetten 'three-dimensional special purpose mannequins' op de perronnetjes, men kan oefenen in het ausculteren en palperen, op elkaar of met behulp van simulatoren en animatronics, men kan tussentijds een kennisexamen afleggen en in een volgend station aan de computer plaatsnemen om klinische problemen op te lossen.

Nu ik dat zo allemaal opschrijf, krijg ik het gevoel dat ik een soort Disney World wil scheppen in de academische ziekenhuizen. Dat is niet zo, hoewel de verbeeldingskracht die van een dergelijke gesimuleerde wereld uitgaat wel fascineert. Met veel imaginair vermogen kunnen de stations op een leuke en leerzame wijze worden ingericht, waarbij natuurlijk ook echte patiënten hun bijdrage kunnen leveren. Ik kan me voorstellen dat er patiënten zijn die best een extra inspanning willen leveren, als ze begrijpen wat het doel en het belang voor het onderwijs zijn.

Het probleem waar de academische ziekenhuizen en de medische faculteiten mee te maken hebben, is betrekkelijk eenvoudig te volgen. Personeel wil je niet ontslaan, want dan komen de andere taken van het academisch ziekenhuis, zoals onderzoek en patiëntenzorg, in gevaar. De minister heeft geen oog voor deze nijpende situatie en geeft niet meer geld. In de hiërarchie: onderzoek, patiëntenzorg en onderwijs, vallen de klappen altijd op de plaatsen waar zich studenten bevinden. Voor veel docenten geldt nog steeds: onderwijs is leuk, maar er moet niet te veel tijd voor onderzoek en patiëntenzorg in gaan zitten.

Als je dit – een beetje onder protest – accepteert, dan moet je naar vervangende mogelijkheden zoeken waarbij ervaring die studenten in het onderwijs opdoen onmiddellijk ter beschikking komt van medestudenten. Simulatietechnieken en oefenen op elkaar vervangen niet de echte praktijk, maar zij geven wel de beste voorbereiding op de praktijk. Hoewel het niet helemaal echte praktijk is, is de student daarentegen wel echt en praktisch bezig. Op die manier kan het onderwijs efficiënt worden ingericht, waarbij een faculteit die haar onderwijstaak nog serieus wil nemen er wel voor moet zorgen dat er geld vrijkomt om dergelijke zaken aan te pakken. Als zij rustig wachten op een enthousiaste docent die in zijn vrije tijd eens wat wil organiseren, dan zullen de faculteiten lang moeten wachten.

De weinigen die nog over zijn om het onderwijsbedrijf overeind te houden, vragen zich al lange tijd af waarom zij het toch maar steeds weer zijn die de rekening krijgen gepresenteerd. Maar met enige hulp zie ik onderwijscoördinatoren en docenten toch weer met frisse moed aan de slag gaan en wie weet zien binnenkort de juco- en de seco-assistent dan wel niet veel meer patiënten, maar weten zij des te beter wat voor soort patiëntenproblemen ze kunnen verwachten. Hoe de student een probleem moet aanpakken laat zich in een gesimuleerde omgeving zeer goed uitleggen. Belangrijke aspecten in de ontwikkeling van medische bekwaamheid, zoals het ontwikkelen van een klinische blik, de patiënt in het begin zien, horen en voelen en op grond daarvan reeds vroeg hypothesen ontwikkelen, wat experts kunnen, door Boshuizen in haar proefschrift zo mooi 'enabling conditions' genoemd, moet de student dan maar later stap voor stap aanleren.

Waarom zouden we, na de protestballon, nu niet eens een proefballon oplaten?

Jaap Gerritsma

Dr. J. G. M. Gerritsma is universitair hoofddocent aan de Rijksuniversiteit Utrecht. Hij coördineert er bij de Faculteit der Geneeskunde de afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van het Medisch Onderwijs.

Medisch onderwijs anno 1989

Een nieuw artsexamen in Nijmegen

Dr. J. C. M. Metz,
Drs. J. A. A. M. Hermans en
Dr. J. A. Lutterman

In tegenstelling tot het hóé, is er, anders dan in globale termen, weinig aandacht besteed aan wát er bij het artsexamen moet worden gemeten. Dr. J. C. M. Metz, Drs. J. A. A. M. Hermans en Dr. J. A. Lutterman, respectievelijk coördinator, (destijds) projectmedewerker Onderwijsontwikkeling en onderwijscoördinator Inwendige Geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen, beschrijven hoe men aan de Nijmeegse medische faculteit met deze materie omgaat.

De laatste jaren mag het artsexamen in Nederland zich in een groeiende belangstelling verheugen van al degenen die bij het onderwijs in de geneeskunde zijn betrokken. Publikaties en studiedagen over dit onderwerp hebben er ongetwijfeld toe bijgedragen dat aan verschillende medische faculteiten in ons land op het ogenblik vernieuwingen op het gebied van praktisch-klinische examens worden overwogen of reeds zijn ingevoerd[1-4]. De belangrijkste vernieuwing van dit moment lijkt het gestructureerd klinisch (of praktisch) examen te zijn, waarover in dit tijdschrift eerder is gepubliceerd[5]. De laatste tijd is deze examenvorm, die in opzet gelijkenis vertoont met de Coopertest, ook wel bekend komen te staan onder de naam 'stationsexamen'. Het is een model, dat zich goed leent voor het observeren en beoordelen van praktische vaardigheden.

De kritiek op de gebruikelijke wijze waarop artsexamens worden afgenomen, is niet nieuw. Zo vond Scherpbier in een aflevering van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde uit 1882 een kritische beschouwing van de chirurg Korteweg over 'Onze medische examens'[6]. Toch zou het toen nog honderd jaar duren voordat er in Nederland concrete alternatieven werden ontwikkeld en toegepast. In tegenstelling tot het *hoe*, is er tot op heden in de medische literatuur, anders dan in globale termen, weinig aandacht besteed aan de vraag *wat* er nu eigenlijk moet worden gemeten en beoordeeld bij het artsexamen.

In het navolgende zal een beschrijving worden gegeven van de wijze, waarop men aan de Nijmeegse medische faculteit met deze materie tracht om te gaan.

ACHTERGRONDEN

Sinds 1987 is in Nijmegen de tweede fase van de artsopleiding – de periode van de co-assistentschappen – geherstructureerd. Belangrijke verschillen met de situatie daarvóór zijn onder andere het nieuw ingevoerde algemeen co-assistentschap (alco) van in totaal zeven weken en de integratie die tot stand is gekomen tussen de co-assistentschappen huisartsgeneeskunde, verpleeghuisgeneeskunde en sociale geneeskunde tot een twaalf weken durend 'co-assistentschap buiten het ziekenhuis'[7].

Behalve in het onderwijsprogramma zijn er ook in de examenstructuur wijzigingen opgetreden. In de *oude situatie* van voor 1987, vond examinering in deze fase van de studie plaats gedurende twee perioden. In de eerste periode, ten tijde van het vroegere semi-artsexamen – dus na de 'geneeskundige' co-assistentschappen – werden studenten binnen één week geëxamineerd in de inwendige geneeskunde, de neurologie, de psychiatrie en de kindergeneeskunde. Na te zijn geslaagd voor dit examen, dat later 'artsexamen eerste deel' is gaan heten, volgden co-assistenten de tweede serie stages: de heel- en verloskundige disciplines, de 'kleine vakken', de huisartsgeneeskunde, de sociale geneeskunde, het keuze-co-assistentschap en een wetenschappelijke stage. Na beëindiging van deze onderdelen werd het 'artsexamen tweede deel' afgelegd. Ook dat examen – het eigenlijke artsexamen, waaraan ook de bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunst was gekoppeld – bestond uit een aantal, binnen één week af te leggen, examens. Binnen veertien dagen daarna vond de bepaling van de uitslag plaats, waarna in een openbare zitting de betrokkene, nadat hij of zij de eed of belofte had afgelegd, tot arts werd bevorderd. Alle genoemde examens hadden de vorm van patiëntgebonden, praktisch-klinische examens. Een kritische beschouwing over deze examenvorm verscheen eerder in dit tijdschrift[8]. Omdat co-assistenten ten tijde van het semi-artsexamen reeds vier co-assistentschappen hadden gevolgd als zij het examen inwendige geneeskunde aflegden, konden zij over meer klinische kennis en ervaring beschikken dan direct na afloop van het co-assistentschap. Hetzelfde gold mutatis mutandis voor de tweede serie co-assistentschappen.

In het *nieuwe curriculum* voor de tweede fase van de artsopleiding is dit systeem van twee tentamenconcentraties verlaten. Het heeft plaats gemaakt voor een opzet waarbij op de laatste dag van elk co-assistentschap een examen in de desbetreffende discipline moet worden afgelegd. Bij deze afsluitende toetsen, direct na afloop van de co-assistentschappen, wordt er rekening mee gehouden, dat de kandidaten minder ervaren zijn dan in de oude situatie.

Als het bij afsluitende toetsen alléén zou blijven, dan zou het laatste examen worden afgelegd aan het eind van het laatste co-assistentschap. Het artsdiploma zou daarmee een zogenoemd dossierdiploma worden: na het voldoen aan de eisen voor alle examens volgt min of meer automatisch na het nemen van de laatste hindernis de bevordering tot arts. Dit werd onwenselijk geacht. De examencommissie overwoog daarbij dat, waar de bekwaamheid van de (basis)arts méér is dan de optelsom van een aantal tenminste als 'voldoende' gekwalificeerde vaardigheden op het gebied van afzonderlijke klinische disciplines, dit ook in de examenregeling tot uitdrukking dient te komen. Het verlenen van de bevoegdheid tot de uitoefening van de geneeskunst in haar volle omvang, ook al is die bevoegdheid slechts formeel, zou niet moeten worden gebaseerd op de louter administratieve procedure van het verzamelen en optellen van deelcertificaten. Teneinde de door de wet gevraagde bekwaamheid tot het uitoefenen van de geneeskunst in zijn algemeenheid te kunnen beoordelen, is een integraal arts-examen ontwikkeld en ingevoerd. Daarbij moest worden gewaakt voor onnodige doublures met

reeds eerder afgelegde toetsen; er diende met andere woorden een coherent toetsingssysteem voor de gehele tweede fase van de artsopleiding te worden ontwikkeld.
Mogelijk gemaakt door financiële middelen uit een onderwijsstimuleringspool van de Katholieke Universiteit Nijmegen, heeft de ontwikkeling van dit systeem projectmatig plaatsgevonden. Getracht is de verschillende examens in deze fase van de opleiding tot arts onderling op elkaar af te stemmen en zo mogelijk te relateren aan de eindtermen van de basisartsopleiding.

EINDTERMEN

Tijdens de opleiding tot basisarts dienen studenten zich, naast kennis, een groot aantal vaardigheden eigen te maken. Bij het doctoraalexamen wordt hoofdzakelijk kennis getoetst, in de tweede fase ligt het accent meer op attitudes en vaardigheden. De vaardigheden kunnen, globaal gesproken, in drie categorieën worden verdeeld:
- basale vaardigheden, zoals die op het gebied van het opnemen van de anamnese en het uitvoeren van het lichamelijk onderzoek;
- discipline-afhankelijke vaardigheden, zoals de specifieke onderzoekmethoden bij KNO, binnen de oogheelkunde en in andere specialismen;
- algemene, niet tot één bepaalde discipline beperkte, meer beleidsmatige vaardigheden ('patiënt management').

Teneinde tijdens de co-assistentschappen maximaal profijt te hebben van de opleiding, zullen de *basale vaardigheden* reeds kort na de aanvang van de tweede fase op een voldoende niveau moeten worden beheerst. De toetsing in het begin van de postdoctorale opleiding richt zich dan ook vooral op deze basale vaardigheden.
Bij de afsluitende toetsen aan het einde van de co-assistentschappen zijn met name de *discipline-afhankelijke vaardigheden* voorwerp van toetsing. Voor de disciplines, die co-assistentschappen hebben vroeg in de tweede fase (zoals inwendige geneeskunde) vallen deze vaardigheden grotendeels samen met de reeds genoemde basale vaardigheden.
De meer complexe, *beleidsmatige vaardigheden* kunnen het best aan het eind van de tweede fase worden getoetst, omdat hiervoor integratie noodzakelijk is van kennis en vaardigheden, in eerdere co-assistentschappen opgedaan.
Om een duidelijk verschil tot stand te kunnen brengen tussen de verschillende toetsmomenten in de tweede fase, dienden de drie boven onderscheiden typen vaardigheden nader te worden gepreciseerd. Daarvoor werd aansluiting gezocht bij de eindtermen van de basisartsopleiding. Weliswaar zijn deze eindtermen nooit gedetailleerd en onomstreden vastgelegd, het is ook weer niet zo dat er niets over kan worden gezegd.
In 1974 hebben de gezamenlijke medische faculteiten in Nederland zich gebonden aan het zogeheten Raamplan '74[9], waarin op een globaal niveau de doelstellingen (thans meestal aangeduid als 'eindtermen') van de basisartsopleiding werden vastgelegd. De hoofddoelstelling van de basisartsopleiding werd daarin als volgt omschreven: 'De arts beschikt over de kennis, vaardigheden en attitudes, noodzakelijk voor de beroepsaanvang.' Deze hoofddoelstelling werd vervolgens in een vijftal doelstellingen nader gespecificeerd. Voor de toetsing in de tweede fase is daarvan vooral de derde doelstelling van betekenis; de formulering daarvan luidde: 'De arts beschikt over de voor zijn beroepsaanvang benodigde vaardigheden op het gebied van:
- diagnostiek, beoordeling van gegevens en probleemanalyse;
- de beoordeling van de grenzen en mogelijkheden van de gegeven situatie en van het eigen medisch handelingsbereik;
- de overeenkomstige toepassing van zijn kennis inzake therapie (met inbegrip van de palliatie) en preventie, waaronder ook de samenwerking met c.q. het verwijzen naar anderen;
- het opsporen en beoordelen van beroepshalve belangrijke informatie in de literatuur en elders.'

Deze omschrijving heeft – van alle Raamplan-doelstellingen het meest uitgesproken – betrekking op het praktisch medisch handelen. Om daarvan een meer specifieke omschrijving te verkrijgen, is aansluiting gezocht bij de literatuur over medische competentie. Bij Newble werd een bruikbaar geachte inventarisatie van de verschillende componenten van medische competentie op het niveau van de pas afgestudeerde arts gevonden[10]. Dit overzicht (zie *schema)* omvat negen domeinen, die elk weer zijn onder te verdelen in subdomeinen (kortheidshalve niet in het schema opgenomen).
In het schema is eveneens aangegeven bij welke toetsmomenten in de tweede fase de verschillende domeinen bij benadering worden getoetst. De als basaal aangeduide vaardigheden vinden in het schema van Newble een plaats in de domeinen 1, 2 en 7. Deze vaardigheden worden primair in het alco-schap en gedurende het eerste co-assistentschap inwendige geneeskunde onderwezen en getoetst. De discipline-afhankelijke vaardigheden op het gebied van informatieverwerving (domein 1), onderzoek (domein 3) en diagnostiek (domein 2) worden na afloop van de desbetreffende co-schappen getoetst. De domeinen 4, 6 en 8 zijn typisch meer integrale componenten van medische competentie en lenen zich daarom beter voor een toetsing aan het eind van de opleiding. Enkele domeinen lenen zich niet of moeilijk voor een eenmalige toetsing, maar komen in aanmerking voor een meer continue beoordeling gedurende het co-assistentschap. Ook dit is in het schema aangegeven.

Schema. Domeinen van medische competentie en voornaamste toetsmomenten.

	alco	co-schap	arts-examen
1. informatieverwerving*	+	T	
2. instrumenteel en laboratoriumonderzoek		B T**	
3. medisch-diagnostisch denken*	+	T	
4. behandelingsplan			+
5. beleidsuitvoering		B	
6. evaluatie en (na)zorg			+
7. arts-patiëntrelatie	+	B	
8. verantwoordelijkheden als arts		B	+
9. continue zelfontwikkeling		B	

B = beoordeling co-assistentschap; T = afsluitende toets.

* Toetsing nadrukkelijk na de eerste co-assistentschappen; ten tijde van het artsexamen wordt ervan uitgegaan dat deze vaardigheden voldoende worden beheerst.

** Toetsing afhankelijk van de aard van de diagnose.

Door de zwaartepunten van de verschillende toetsingsmomenten in protocollen vast te leggen, is getracht ongewilde en onnodige doublures met eerdere examens te voorkomen.

ARTSEXAMEN

In onderstaand overzicht is getracht voor het integrale artsexamen een zo concreet mogelijke opsomming te geven van de op het voorafgaande gebaseerde eisen.

De co-assistent wordt bij het artsexamen aan het einde van zijn basisartsopleiding tot het volgende in staat geacht:
1. Bij een (willekeurige) patiënt tot een doordacht behandelings- c.q. beleidsplan komen dat wordt bepaald door:
- de differentiële diagnose en werkhypothese of waarschijnlijkheidsdiagnose;

- het eventuele spoedeisende karakter;
- de prognose;
- de behandelings- c.q. observatiemogelijkheden;
- de grenzen van de eigen kennis en vaardigheden.

Dit omvat tevens:
- een eventuele verwijzing;
- het eventuele advies of consult vragen;
- het eventuele nader (hulp)onderzoek;
- de eventuele behandeling of therapie; en
- het vervolgen of ontslaan van de patiënt.

2. Aangeven wat zijn behandelings- c.q. beleidsplan voor gevolgen heeft voor de patiënt en diens familie met betrekking tot:
- de fysieke belasting van de nadere hulponderzoeken en de therapie;
- de emotionele belasting van het ziekteproces, inclusief de prognose;
- de eventuele bijwerkingen van therapeutische adviezen.

3. Aangeven waarom hij voor de voorgestelde onderzoeken heeft gekozen, met de volgorde van uitvoeren.
4. Het correct kunnen aanvragen van deze onderzoeken.
5. Aangeven wat hij zelf zou willen behandelen en wat hij zou overlaten aan specialisten. Van de behandelingen die hij zelf zou willen uitvoeren moet hij de mogelijke complicatie kennen en de eventuele recepten correct kunnen schrijven.
6. Een correcte verwijzing naar een collega of specialist schrijven.
7. Een globaal inzicht hebben in de kosten van de diverse onderzoeken en therapieën.

Het artsexamen waarin deze vaardigheden worden getoetst heeft de vorm van een patiëntgebonden praktisch-klinisch examen en bestaat uit drie onderdelen.
Het eerste deel wordt *'artsexamen geneeskunde'* genoemd. Daaraan nemen deel de disciplines inwendige geneeskunde, kindergeneeskunde, psychiatrie en huisartsgeneeskunde. Dat wil zeggen, dat de patiënt naar aanleiding van wiens ziekte het examen wordt afgenomen bij een van deze afdelingen is ingeschreven. Het examen zelf dient zich uitdrukkelijk niet te beperken tot de specifieke problematiek van deze vakgebieden, maar vooral betrekking te hebben op de bovengenoemde, meer beleidsmatige aspecten. Op de wijze waarop dat wordt ingevuld en bewaakt komen we hierna nog terug.
Het tweede deel heet *'artsexamen heel- en verloskunde'*. Hieraan participeren de afdelingen Algemene Chirurgie, Urologie, Orthopedie, Gynaecologie en Verloskunde. Ook hier heeft het examen níet de bedoeling alleen de voor deze disciplines specifieke vaardigheden te toetsen.
In het derde deel komt de meer theoretische kennis, met name op het gebied van de *(farmaco)therapie*, aan de orde. Om organisatorische redenen is dit onderdeel in tweeën gesplitst en aan beide bovengenoemde onderdelen gekoppeld. Over de inhoud ervan later meer.
Het *verloop* van beide examenonderdelen is in principe gelijk: In het begin van de week waarin voor een kandidaat het examen is gepland, ontvangt hij of zij van het faculteitsbureau bericht op welke afdeling het examen zal plaatsvinden. Bij melding op het afgesproken tijdstip bij de betrokken afdeling ontvangt de examenkandidaat een examenprotocol, bij het artsexamen heel - en verloskunde bovendien een voorgedrukt statusformulier. Daarna wordt de co-assistent aan de patiënt voorgesteld en neemt het examen een aanvang.
Zoals bij dit type examens gebruikelijk, begint de kandidaat met het opnemen van een anamnese en het doen van een lichamelijk onderzoek. Bij het artsexamen geneeskunde noteert de co-assistent kort de resultaten van zijn bevindingen, alsmede de waarschijnlijkheidsdiagnose(s) en werkhypothese(s). Dit dient vooral beknopt te zijn, omdat deze gegevens in dit kader alleen dienen als, uiteraard wel noodzakelijk, uitgangspunt voor het eigenlijke examen. Daarna vult de kandidaat de rest van het examenprotocol in. Daarin staan vragen voorgedrukt die stuk voor stuk betrekking hebben op de algemene vaardigheden die de arts nodig heeft om het beleid dat hij of zij met deze patiënt wil gaan voeren te bepalen. Nadat het protocol voor het 'artsexamen geneeskunde' is ingevuld, vult de kandidaat het protocol van het 'artsexamen algemeen deel 1' in.
Daarin staan eveneens voorgedrukte vragen die moeten worden beantwoord. Deze vragen hebben betrekking op de (primair bij de examenpatiënt in te stellen) farmacotherapie, inclusief het schrijven van een volledig recept. Voor het onderzoek van de patiënt en het schriftelijk gedeelte van het examen is maximaal anderhalf uur beschikbaar.
Hierna volgt het mondeling gedeelte van het examen. Uit voornamelijk overwegingen van betrouwbaarheid heeft dit een sterk gestructureerd karakter. De examinator voert het examengesprek op geleide van het ingevulde protocol en noteert zijn waarderingen per onderdeel op een eveneens geprotocolleerd beoordelingsformulier.
Het 'artsexamen heel- en verloskunde' verloopt in principe op gelijke wijze. Het enige verschil is, dat de examenkandidaten bovendien van de examenpatiënt een officieel statusformulier moeten invullen, dat ook door het examinerende staflid wordt gecontroleerd. Deze beide onderdelen maken echter *geen* deel uit van het examen. Deze extra onderdelen zijn uitsluitend ingevoerd om de examenpatiënten, die bij deze afdelingen vaak nieuwe patiënten zijn, niet dubbel te belasten.
Het nieuwe artsexamen als boven beschreven is nogal gecompliceerd van inhoud en opzet. Op dit moment bestaan er twee manieren om te zorgen dat de bedoelingen ook feitelijk worden gerealiseerd. De belangrijkste manier is examinatoren aan te stellen die niet worden belast met andere examineertaken, met name niet met het afnemen van afsluitende examens na de co-assistentschappen. De examinatoren zijn daarmee een welomschreven groep geworden, waarmee de intenties kunnen worden doorgesproken en periodiek evaluatiebijeenkomsten kunnen worden gehouden. De tweede manier om te bewaken dat de gekozen opzet ook feitelijk wordt gerealiseerd, is de reeds genoemde protocollering. Zowel het verloop van het examen als de beoordeling is stapsgewijs vastgelegd. Een belangrijk onderwijskundig voordeel hiervan is, dat het de examinatoren ook beter mogelijk maakt aan het eind van het examen de kandidaat te informeren over sterke en zwakke punten.

SLOTBESCHOUWING

De invoering van de tweefasenstructuur en de daarmee noodzakelijk geworden wijzigingen in het opleidingsprogramma voor co-assistenten zijn een belangrijke factor geweest bij de invoering van de hier beschreven wijzigingen in het artsexamen. Het is nog te vroeg om de ervaringen ermee systematisch te kunnen beschrijven. Volstaan moet worden met de indruk, dat het geheel als een verbetering ten opzichte van de oude situatie wordt ervaren. Immers, door de introductie van toetsen direct na afloop van de co-assistentschappen, van een integraal, afsluitend examen en van het protocolleren van beide, heeft de faculteit waarschijnlijk een beter instrument in handen gekregen om de vaardigheden en de bekwaamheid van co-assistenten en afstuderende artsen

te beoordelen. Gepoogd is bij de projectmatige ontwikkeling van het gehele toetsings- en beoordelingssysteem voor de tweede fase een coherent geheel te ontwerpen en garanties in te bouwen voor de best haalbare betrouwbaarheid.
Natuurlijk kleven er ook bezwaren aan de nieuwe examens. Zo bleek het niet haalbaar te zijn garanties te verkrijgen voor een standaardisering van de examensituatie. De bezwaren die elders zijn geuit tegen praktisch-klinische examens zijn dan ook niet geheel weggenomen. Daarbij moet worden opgemerkt, dat dit in ieder geval het ontstaan van gekunstelde examensituaties heeft kunnen voorkomen.

Uiteraard zal in nader onderzoek moeten worden nagegaan of alle verwachtingen ook worden bewaarheid. De protocollering maakt dergelijk onderzoek in ieder geval praktisch uitvoerbaar. □

Literatuur

1. Scherpbier AJJA. Het artsexamen: de Nederlandse situatie. Bulletin Medisch Onderwijs 1987; 6: 3-4

2. Metz JCM. Het artsexamen: een theoretisch overzicht. Bulletin Medisch Onderwijs 1987; 6: 5-8.

3. Scherpbier AJJA, Verwijnen GM, l'Espoir NEJC, Metz JCM, Vleuten CPM van der, Rossum HJM van. Het artsexamen in discussie. Bulletin Medisch Onderwijs 1988; 7/2: 30-5.

4. Bleys FC, Verwijnen GM. Artsexamen in discussie; van willekeur naar KEMA-keur. Medisch Contact 1987; 42: 532.

5. Metz JCM. Het gestructureerd klinisch examen. Ned Tijdschr Geneeskd 1986; 130: 2091-3.

6. Korteweg JA. Onze medische examens. Ned Tijdschr Geneeskd 1882; 23: 401-5.

7. Gulden JWJ van der, Voorn Th. Een co-assistentschap buiten het ziekenhuis. Medisch Contact 1985; 40: 750-4.

8. Metz JCM. Het praktisch-klinische examen; een kritisch onderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd 1985; 129: 796-8.

9. Interfacultair Overleg Geneeskunde. Raamplan 1974. Medisch Contact 1974; 29: 1017-21.

10. Newble DI. Evaluation of Clinical Competence. Adelaide: Advisory Centre for University Education, the University of Adelaide, 1977.

Medisch onderwijs anno 1989

Een algemeen klinisch vormend jaar

Tussen basisopleiding en specialisatie

E. van der Does

Om beter toegerust aan zijn specialisatie te beginnen zou elke basisarts eerst minstens een jaar 'vormingsklas' moeten doen: algemeen klinische training, waarin attitudevorming en wetenschappelijke vorming hand in hand gaan. Prof. Dr. E. van der Does, hoogleraar huisartsgeneeskunde in Rotterdam, doet een voorstel.

PROBLEEMSTELLING

'Medical education', aldus de Britse General Medical Council[1], 'is a continuous process in which each stage is not an end in itself but permits progression to the next stage. General clinical training should provide the trainee with opportunities to consolidate, apply and extend *knowledge* acquired during the undergraduate medical course and to develop further and refine the range of general professional skills and the *attitudes* appropriate to the practice of medicine.
'Supervised in-service, general clinical experience with increasing responsibility for the care of patients should predominate and be directed towards this end.
'However some time should also be provided for private study and for attending courses of instruction on topics relevant to this stage of education.'

De vraag doet zich voor of de huidige basisopleiding hier niet in voorziet. Het antwoord luidt: bepaald niet. Terwijl de kennis zich enorm uitbreidt, is de basisopleiding teruggebracht tot zes jaar. Dit was ook mogelijk doordat de huisartsen een eigen beroepsopleiding hebben gekregen. De basisopleiding heeft te veel het karakter van *leren* – in termen van: het behalen van onderscheiden tentamens – gekregen, terwijl het integreren van de leerstof der verschillende onderdelen *(studeren)* veel minder of niet aan de orde komt, maar door de student grotendeels zelf moet worden uitgevonden en tot stand gebracht. Het doorgaans overvolle programma biedt weinig gelegenheid tot attitudevorming, iets wat bezinning en onderlinge discussie vereist. Belangrijke vragen zijn: hoe zie ik de positie van de hulpvrager en diens hulpvraag? In welk systeem van gezondheidszorg werk ik? Hoe ga ik om met de diagnostische hulpmiddelen en dus met de collectieve middelen? Wat zijn de consequenties van verwijzen? Doe ik mee met onderzoek? Tenslotte biedt de basisopleiding niet veel gelegenheid voor het zelf leren dragen van verantwoordelijkheid.

EEN OPLOSSING

Een oplossing zou kunnen zijn, na de basisopleiding elke basisarts gedurende een bepaalde periode (één tot twee jaar?) in staat te stellen – uitgaande van een setting waarin toenemende verantwoordelijkheid onder supervisie mogelijk is – zijn klinische vaardigheden verder te ontwikkelen en onderwijl aandacht te besteden aan *attitudevorming* en *wetenschappelijke vorming*. De toenemende verantwoordelijkheid wordt als het ware gedragen door deze twee elementen.

Hoe kan zo'n algemeen klinische vorming worden gerealiseerd? De gedachten gaan in de volgende richting: laat de basisarts deel uitmaken van de zogeheten 'house-staff' van een daartoe geschikt geacht ziekenhuis; men zou hier ook verpleeghuizen bij kunnen betrekken. Het gevaar bestaat dat de basisarts die in de staf wordt opgenomen bij het werk wordt ingeschakeld en beschouwd gaat worden als een goedkope arbeidskracht die nog veel moet leren dus veel moet zien én doen. Er is geen bezwaar tegen 'zoveel mogelijk', maar dit dient goed te worden bewaakt. Immers, vooral hier geldt dat niet het vele goed is, maar eerder het goede veel.

Zoals al werd opgemerkt, dient er tijd te zijn voor zelfstudie, cursorisch onderwijs en onderwijs-leergesprekken (van opleider met basisarts). Hiervoor moet een structuur worden vastgesteld. Die moet niet zo zijn dat de basisarts ten gevolge van de werkbelasting zich onvoldoende of niet kan concentreren.

Het cursorisch onderwijs dient elementen te omvatten als: de structuur van de gezondheidszorg en de plaats van de hulpvrager (patiënt) en de diverse werkers daarin; klinische epidemiologie; interventieonderzoek; besliskunde (van a priori – naar a posteriori-kans, vooral het omgaan met diagnostische hulpmiddelen, de eigenschappen van onderzoekmethodieken!) en ethische problemen.

Tijdens de stage is de basisarts gehouden op alle klachten van de patiënt in te gaan (ook die welke tijdens een opname ontstaan), hiervoor het nodige lichamelijke en eventueel laboratoriumonderzoek te verrichten en eventueel een therapie voor te stellen, zich aldus een mening vormend omtrent de aard van de aandoening en een beleid uit te stippelen, alvorens de desbetreffende specialist in consult te roepen. Een ander belangrijk punt is de communicatie met de huisartsen: hieraan zal zeker aandacht moeten worden besteed.

Een probleem vormt de selectie van de ziekenhuizen (c.q. verpleeghuizen of nog andere instellingen in de gezondheidszorg). Dokters worden nogal eens gemaakt naar het beeld en de gelijkenis van hun opleider, wat wil zeggen dat ook de minder goede opvattingen en werkwijzen worden overgenomen. Als niet tijdig een selectie kan plaatsvinden, dienen het cursorisch onderwijs, groepsbesprekingen, etc. hier tegenwicht te bieden.

Indien de basisarts tijdens deze algemeen kritische vormingsperiode voldoende kritische zin gaat ontwikkelen, kan dat botsen met de opvattingen van zijn opleider. Komen ze er samen niet uit, dan moet het probleem kunnen worden voorgelegd aan een onafhankelijke instantie.

Volgt er na de algemeen kritische vormingsperiode een examen, dan moet dit door anderen dan de eigen opleiders worden afgenomen. Mogelijk kan dit voor een deel centraal via een gecomputeriseerd systeem.

Degenen die zich als opleider beschikbaar stellen dienen regelmatig in workshops bijeen te komen, waar ervaringen kunnen worden uitgewisseld en trainingen plaatsvinden in onderwijs-leergesprekken.

Gedeelten van het cursorisch onderwijs kunnen heel goed door basisartsen, assistenten in opleiding en eventueel anderen samen worden gevolgd.

Een groot voordeel van 'house-staff'-vorming naar het hier geschetste model zou kunnen zijn, dat, gegeven het feit dat alle toekomstige werkers in de gezondheidszorg de algemeen klinische vormingsstage doormaken, ze later met meer begrip voor elkaar in de gezondheidszorg zullen werken.

SAMENVATTING

Indien een algemeen klinische vormingsperiode wordt ingevoerd en de leerlingen (basisartsen) deel gaan uitmaken van een gehonoreerde 'house-staff', zullen er nauwkeurig voorwaarden moeten worden gesteld om het doel dat men wil bereiken ook daadwerkelijk te bereiken. Dat doel is met name:

– het leren dragen van een steeds grotere verantwoordelijkheid voor poliklinische en klinische patiënten. Getracht wordt, in de algemeen klinische vormingsperiode resultaten van wetenschappelijk onderzoek toe te passen in een kader dat mede door de patiënt wordt bepaald;
– aandacht leren opbrengen voor het arts-patiëntcontact en de processen die zich daarin afspelen (relationeel-emotioneel, de gang van a priori – naar a posteriori-kans, ethische problemen);
– de basisarts gevoelig maken voor het nut van wetenschappelijk onderzoek en de rol die hij daarin kan spelen, hetzij als waterdrager, hetzij als initiator of signaleerder van problemen die om een wetenschappelijke aanpak vragen.

Aan de opleiders zullen (op den duur?) bepaalde eisen moeten worden gesteld. Onderwijskundige en inhoudelijke aspecten dienen tijdens workshops en in de vorm van cursorisch onderwijs aan de orde te komen. Het inschakelen van een basisarts is in dit verband iets heel anders dan het inschakelen van een assistent in opleiding.

Het behoeft verder geen betoog dat de werktijden en studietijden moeten worden vastgesteld. Enige elasticiteit is daarbij vereist. De irregulariteiten moeten een bepaalde frequentie niet te boven gaan; anderzijds behoeven ze niet in mindering te worden gebracht op een basisbelasting van bijvoorbeeld 45 uur per week, verdeeld over praktisch werk en studie: ons vak vraagt nu eenmaal om inzet. □

Literatuur

1. General Medical Council. Recommendations on General Medical Training. London: General Medical Council (44 Hallam Street, London W.I.N.-6A.E).

Medisch onderwijs anno 1989

De aansluiting van de opleiding tot basisarts op de vervolgopleiding in het ziekenhuis

Education is what remains when the facts are forgotten

A. W. Whitehead[1]

Prof. Dr. H. H. M. de Boer

De aansluiting tussen de opleiding tot basisarts en de verschillende vervolgopleidingen laat zeker te wensen over, betoogt Prof. Dr. H. H. M. de Boer, hoogleraar in de algemene chirurgie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. Hij onderscheidt problemen ten aanzien van de aio-opleiding en problemen ten aanzien van de specialistenopleiding, maar hij begint bij het begin: de basisopleiding zelf.

Degene die zich de vraag stelt of er sprake is van aansluiting van de vervolgopleidingen op de basisopleiding tot arts, zal zich eerst dienen af te vragen of er sprake is van één basisopleiding tot arts. Of anders gezegd: is de opleiding tot basisarts aan alle acht medische faculteiten in Nederland gelijk? Deze vraag moet zonder meer met nee worden beantwoord. Zelfs aan één faculteit is het 'eindprodukt' niet steeds hetzelfde.

Aan de meeste faculteiten is er sprake van een curriculum dat een kerncurriculum bevat en een keuzedeel. Het kerncurriculum bestaat uit een minimumpakket van te verwerven kennis en vaardigheden, nodig om de opleiding tot basisarts met succes te volbrengen. Het keuze-onderwijs bestaat uit door de student zelf te kiezen onderdelen. De keuzes worden bepaald door de belangstelling van de student of door de richting waarin hij of zij zich wil ontwikkelen.

Nijmegen kent in de tweede fase bijvoorbeeld een keuze-co-assistentschap en een wetenschappelijke keuzestage van respectievelijk één en drie maanden. Ook in de eerste fase, die wordt afgesloten met het doctoraalexamen, komen keuzedelen voor. De studenten krijgen dan in groepen van maximaal vijftien personen de gelegenheid actief zelf werkzaam te zijn op een klein deelgebied van de geneeskunde. Tijdens deze periode leert de student onder andere kritisch te selecteren uit het enorme aanbod van publikaties op dat deelgebied. De start van de 'éducation permanente' wordt dan gemaakt.

De student leert, dat de opleiding tot basisarts een onderdeel is van een systeem van geneeskundig onderwijs, beginnend bij het eerste jaar van de studie in de geneeskunde, zich voortzettend na het propedeutisch examen met het vervolg van de eerste fase, de tweede fase, de vervolgopleiding tot huisarts, medisch specialist of sociaal-geneeskundige, en het post-academisch onderwijs als laatste onderdeel gedurende de gehele periode van beroepsuitoefening. Sinds kort kan in dit systeem ook de assistent in opleiding tot onderzoeker (aio) worden geplaatst, ofwel na de eerste fase ofwel na de tweede fase. Ook de 'tropenopleiding', speciaal voor artsen die zich gedurende een aantal jaren met ontwikkelingswerk willen bezighouden, is een gestructureerde opleiding geworden van twee jaar in speciaal daarvoor aangewezen ziekenhuizen.

Ook al heeft niet iedere juist afgestudeerde basisarts exact hetzelfde onderwijs genoten, een minimumpakket aan gemeenschappelijke kennis en vaardigheden mag worden verondersteld bij allen aanwezig te zijn. Daarnaast hebben de studenten inzicht gekregen in pathologische processen en is besliskundig denken hun niet vreemd. Gebrek aan klinische ervaring is er vanzelfsprekend, doch met de verworven kennis en het aanwezige gezonde verstand kunnen zij aan de vervolgopleiding beginnen zonder dat aan aanvullende eisen zou moeten worden voldaan.

De studierichtingscommissies van de medische faculteiten worden regelmatig geconfronteerd met de vraag van nieuw benoemde hoogleraren meer onderwijs toe te delen aan hun vakgebied. Het onderwijs in de geneeskunde dient echter niet te worden gedevalueerd tot een optelsom van de wensen van alle specialismen. De studierichtingscommissies zullen moeten formuleren over welke studie- en onderzoekstrategieën de student moet beschikken alvorens het diploma basisarts kan worden uitgereikt. Deze kwaliteiten zijn niet op een voor een ieder duidelijke wijze omschreven. De vraag is bovendien of deze criteria in de bestaande curricula kunnen worden teruggevonden.

In dit bestek kan de doelstellingenproblematiek van de basisartsopleiding niet volledig worden behandeld. Geconstateerd moet worden, dat er zeker aansluitproblemen zijn tussen de opleiding tot basisarts en de verschillende vervolgopleidingen.

AIO-OPLEIDING

De 'assistent in opleiding tot onderzoeker' (aio) is een nieuw begrip binnen de Nederlandse Universiteiten. De minister van O & W beoogde met het instellen van de tweefasenstructuur, dat slechts een betrekkelijk klein percentage van de studenten die de eerste fase met een doctoraalexamen hadden afgesloten in staat zou worden gesteld de tweede fase te volgen. Deze geselecteerde studenten zouden na hun aio-periode de onderzoekersplaatsen in de universitaire en niet-universitaire onderzoekinstituten moeten innemen. Het zouden de bij uitstek voor het verrichten van onderzoek geschikte studenten moeten zijn die van deze tweede fase zouden mogen profiteren.

Voor de student in de Faculteit der Geneeskunde en Tandheelkunde ligt het evenwel iets anders. De tweede fase is de beroepsvoorbereidende fase in de opleiding tot basisarts of tandarts en allen die het doctoraalexamen hebben afgelegd mogen die tweede fase volgen. Toch hebben ook de medische faculteiten aio-plaatsen en indien mogelijk zullen deze aio-plaatsen bezet moeten worden door aanstaande artsen en tandartsen. Het initiatief om de aio- en agio (assistent-geneesheer in opleiding tot specialist)-opleidingen te combineren, moet dan ook maximaal worden gestimuleerd.

De aio wordt opgeleid tot onderzoeker en besteedt daar 80% van zijn tijd aan. De

overige 20% van de tijd wordt aan onderwijs besteed: de eerste twee jaar van de opleiding ontvangt de aio onderwijs, de laatste twee jaar geeft hij of zij onderwijs. Uit het voorafgaande zal al duidelijk zijn, dat het doctoraalexamen reeds toegang geeft tot de aio-opleiding. Bij de keuze voor een aio-plaats in aansluiting op een doctoraalopleiding geneeskunde doet zich evenwel een aantal aansluitingsproblemen voor. In de tijd concurreert de tweede-fase-opleiding als aio in zo'n geval met de tweede-fase-opleiding tot basisarts. Een aio die na zijn promotie nog de tweede fase van de basisartsopleiding moet doen, valt aanzienlijk in inkomen terug. Bij de omgekeerde volgorde is een basisarts bij het begin van de aio-opleiding twee jaar ouder dan aio's in andere studierichtingen en zou dan wellicht hoger moeten worden beloond. Wil men stimuleren dat afgestudeerde artsen wetenschappelijk (patiëntgebonden) onderzoek verrichten naast hun patiëntenzorg, dan zou de aio-opleiding aantrekkelijker moeten worden gemaakt. De opleiding tot onderzoeker zal meestal geen einddoel zijn in de geneeskunde, hetgeen inhoudt dat doorgaans een vervolgopleiding noodzakelijk is.

Een inhoudelijk aansluitingsprobleem is dat de opleiding geneeskunde traditioneel gezien sterk beroepsvoorbereidende kenmerken heeft. In het geval van de aio-opleiding speelt daar de opleiding tot wetenschappelijk onderzoeker doorheen.

Indien de aio-opleiding na de basisartsopleiding wordt gecombineerd met een opleiding tot specialist – hetgeen in enkele gevallen tot de mogelijkheden zal gaan behoren – moet bij de selectie van kandidaten zowel op de onderzoeksaspecten als op de geschiktheid voor het specialisme worden gelet. Mw. De Loor stelt in haar artikel: 'Verbeter de geneeskunde, begin bij het onderwijs'[2]: 'De enige reële tweede fase opleiding bij medicijnen is de artsopleiding. Pas als basisarts heb je toegang tot een verscheidenheid aan richtingen'. De aio-opleiding, sec na het doctoraalexamen, spreekt derhalve (nog) niet tot de verbeelding. De slechte betaling speelt hier wellicht mede een rol. Toch zou het jammer zijn, indien jonge artsen de kans op een promotie-onderzoek, en derhalve een betere kans op een plaats in de vervolgopleiding, alleen om die reden zouden laten liggen. Nog altijd geldt immers: 'Basic science and clinical education should be integrated so that students can develop abilities to incorporate scientific concepts and principles into solving clinical problems.'[3]

SPECIALISTENOPLEIDING

Is de basisarts voldoende toegerust om *direct* een vervolgopleiding in een klinisch specialisme te beginnen? In beginsel is dat inderdaad het geval, maar hierbij moeten enkele kanttekeningen worden geplaatst.

Door de afwezigheid van een goede 'manpower-planning' gedurende de afgelopen decennia is er een dermate groot overschot aan basisartsen, dat de vraag naar rechtstreekse aansluiting in de praktijk nauwelijks relevant is. De meeste basisartsen werken eerst één of meer jaren als agnio (assistent-geneesheer-niet-in-opleiding binnen een ziekenhuisafdeling waaraan al dan niet een opleiding is verbonden). Mij is geen onderzoek bekend over de vraag of assistenten mét enige werkervaring in de specialistenopleiding meer kans hebben op succesvolle afronding dan assistenten zónder ervaring. Toch dienen de faculteiten zich voortdurend af te vragen of de basisartsopleiding voldoende aansluit bij de vervolgopleidingen ook zonder die individuele – en maatschappelijk hoogst ongewenste – tussenfase.

De selectie van de in opleiding te nemen assistenten geschiedt door de gezamenlijke opleiders of, zoals bij de heelkunde, centraal door een psychotechnisch bureau en een jaarlijks wisselend panel van opleiders. De situatie waarin een individuele opleider de assistent selecteert en deze later in de meester-gezelsituatie gedurende diens gehele opleiding begeleidt, komt vrijwel niet meer voor. Dit heeft voordelen, doch ook nadelen. In het verleden konden goede opleiders door hun ervaring in het geven van klinisch onderwijs aan co-assistenten uitstekend beoordelen welke studenten geschikt zouden zijn voor een specialistische opleiding in dat vakgebied. Zij konden dat op grond van een voldoende lange observatieperiode tijdens het co-assistentschap of vakantie-assistentschap. Deze observatieperiode telt niet meer zo duidelijk mee bij de huidige wijze van selecteren. De studieduur en de studieresultaten zijn belangrijke parameters geworden, naast blijken van persoonlijk initiatief binnen of buiten het vakgebied.

Tijdens een symposium, gehouden te Enschede op 25 mei 1984 onder de titel: 'Affiliatie toen, nu en in de toekomst', zijn verschillende sprekers ingegaan op de samenwerking tussen het academische en het geaffilieerde ziekenhuis[4]. De daar al geuite wens deze samenwerking op het gebied van de co-assistentenopleiding door te trekken naar de opleiding tot specialist, is voor de meeste specialismen gerealiseerd. De meeste opleidingen tot specialist kennen een verplicht universitair en een verplicht niet-universitair deel. Dit geldt met name voor het specialisme inwendige geneeskunde met zijn deelspecialismen, voor de heelkunde met de meeste deelspecialismen, voor de kindergeneeskunde en de gynaecologie/verloskunde. De opleidingen hebben vrijwel alle cursorisch onderwijs met een verplichte afsluitende toets. Uiteraard heeft de opleiding door een opleidingsteam voordelen. De Roo zegt hierover[5]: 'De kwaliteit van de opleiding tot medisch specialist zal belangrijk kunnen worden verhoogd door de jaarlijkse beoordeling van de assistent-geneeskundige in opleiding in handen te leggen van het gehele opleidingsteam'. Bij de opleiding tot chirurg is dit de hedendaagse praktijk. Niet de individuele opleider, doch de voor opleiding verantwoordelijke opleidersgroep en de regionale opleidingscommissie, bepalen of de opleiding kan worden voortgezet.

De gecombineerde universitaire-niet-universitaire opleiding in de heelkunde is nog van te recente datum om reeds een uitspraak over de kwaliteit van deze opleiding te kunnen doen. Er bestaat ook nog geen inzicht over de invloed van de gecombineerde opleiding op het aantal promoties van assistenten in opleiding tot chirurg. Zonder meer aannemen dat het aantal promoties zal stijgen omdat alle assistenten drie jaar in een academisch ziekenhuis werkzaam zijn, lijkt voorbarig: vrijwel geen enkel promotie-onderzoek kan na drie jaar full-time eraan werken worden afgerond met de verdediging van het proefschrift, laat staan als er daarnaast ook nog een volledige dagtaak in de kliniek moet worden vervuld.

De gecombineerde opleiding geeft betere mogelijkheden tot samenwerking tussen academische en niet-academische ziekenhuizen. De affiliatie gaf bij het co-assistentenonderwijs daar al eerder een aanzet toe. Regionale samenwerking kan leiden tot afspraken over te behandelen patiëntengroepen, over consultaties en over onderzoek. Velen zijn van mening, dat deze regionale samenwerking op velerlei gebied onafwendbaar een verschuiving te zien zal geven van de moeilijke, zeldzame en arbeidsintensieve aandoeningen naar het academisch ziekenhuis, het topreferentieziekenhuis. Daarmee verliest dit ziekenhuis echter zijn werkplaatsfunctie voor de faculteit. Het academisch ziekenhuis wordt dan minder geschikt voor de

co-assistentenopleiding (en de eerste jaren van de opleiding tot specialist), terwijl het daar toch in eerste instantie voor is bedoeld.
De Nijmeegse hoogleraar inwendige geneeskunde Van 't Laar spreekt beeldend van het academisch ziekenhuis als 'modelboerderij'. De medisch specialist in het academisch ziekenhuis dient primair belangstelling voor onderwijs en onderzoek te hebben. Er moet tijd worden vrijgemaakt voor opleiding van co-assistent en assistent. De vele besprekingen geven de (aankomende) arts de gelegenheid zich te oriënteren op het gehele terrein van de geneeskunde. Hij of zij dient zich niet te vroeg te gaan specialiseren in een klein deelgebied. Joseph Gonnella verwoordde het als volgt[6]: 'While it is an understandable human tendency to ignore one's deficiencies, this should not be encouraged, especially in a field where depth of understanding is no less important than technical competence in general areas.' Een academisch ziekenhuis dat deze taak verwaarloost, is gedoemd te vervreemden van de onderwijs- en onderzoekstaak van de Faculteit der Geneeskunde.
Het lijkt verstandig de gevolgen van de met de gecombineerde opleidingen gekozen weg regelmatig te evalueren. De kwaliteit van het medisch onderwijs is hier in het geding. □

Met dank aan Drs. J. Bulte en Dr. J. Metz voor hun kritische kanttekeningen.

Literatuur

1. Parry KM. The doctor as Teacher. Medical Education 1987; 21: 512-20.

2. Loor JD de. Verbeter de geneeskunde, begin bij het onderwijs. Medisch Contact 1988; 43: 1411-4.

3. Association of American Medical Colleges. The GPEP Report 1984: Physicians for the Twenty first Century. Washington, 1984.

4. Syllabus Symposium 1984: 'Affiliatie toen, nu en in de toekomst'. Ziekenhuis Ziekenzorg Enschede.

5. Roo AA de. De opleiding tot medisch specialist. Academisch proefschrift Rotterdam 1985.

6. Gonnella JS. Editorial Experiments in Medical Education: The Pitfalls. J Medical Education 1982; 57: 729-30.

BOEKEN

E. H. Coene (redactie), *De zorgmap voor mensen met AIDS.* PrintPartners, Naarden 1989. ISBN 90 72248 09 0. 170 blz. Prijs *f* 20,—*.

In vergelijking met de snel groeiende literatuur *over* AIDS is de lectuur *voor* patiënten met AIDS, hun partners, familie en vrienden relatief schaars. Deze zorgmap, bestemd voor patiënten en hun omgeving, wordt momenteel bij wijze van experiment aan mensen met AIDS in de regio Amsterdam uitgereikt. Het is een uitgave van het Innovatieproject, gefinancierd door WVC. Het doel is door informatie de kennis van mensen met AIDS en hun naasten te verhogen, de zelfzorg te stimuleren en een bijdrage te leveren aan de problemen rond de thuiszorg.
In 25 hoofdstukken wordt op overzichtelijke en begrijpelijke wijze een scala van onderwerpen besproken, zoals hoop, ziekenhuisopname, druggebruikers, kinderen, gespreksgroepen, hulp, hygiëne, voeding, slecht zien, dementie en het naderende einde.
Een belangrijk kenmerk van dit boek is de eerlijkheid waarmee de moeilijke problemen zijn besproken. Menig patiënt kan hierin steun vinden bij angst en verwarring na de diagnose, maar eveneens bij de verwerking en aanvaarding.
Met alle waardering voor de vele auteurs die belangeloos hun medewerking aan het tot stand komen van dit boek hebben verleend, wil ik toch een kritische noot laten horen. In het hoofdstuk over hulp bij zelfdoding wordt de hulp te simpel voorgesteld met: 'De middelen daarvoor zijn door je arts aan jou verstrekt.' Op dit terrein liggen nog voetangels en klemmen.
Overigens kan ik deze zorgmap van harte aanbevelen aan hulpverleners die patiënten met AIDS in hun praktijk hebben.

K. Gill

* Te bestellen bij het Innovatieproject (E. H. Coene), Damrak 26/3, 1012 LJ, Amsterdam, tel. 020-238445.

Barbara E. Kwast, *Unsafe motherhood: a monumental challenge. A study of maternal mortality in Addis Ababa**.

In dit boek wordt verslag gedaan van een onderzoek naar maternale sterfte in Addis Abeba. Het is een bewerking van het proefschrift dat in 1985 door de auteur van de Universiteit van Wales werd verdedigd. Het is de wetenschappelijke bekroning van een lange carrière die geheel is gewijd aan de strijd tegen het lijden van talloze vrouwen in ontwikkelingslanden.
De auteur, die haar loopbaan als verpleegster in Nederland is begonnen, behaalde diverse diploma's als verloskundige en een doctoraaldiploma in Community Health in het Verenigd Koninkrijk. Voornamelijk evenwel was zij tussen 1965 en 1985 actief in diverse Afrikaanse landen met het onderrichten van inheemse vroedvrouwen.
Maternale sterfte is een van de allerschrijnendste voorbeelden van de ongelijke verdeling van mogelijkheden in onze wereld. De woede, de frustratie en de wil iets aan de ontijdige en anonieme dood van vele zwangeren te doen, worden in dit boek in koele, schrikbarende cijfers vertaald.
Het onderzoek strekt zich uit over: a) 100 gevallen van maternale sterfte in twee ziekenhuizen in Addis Abeba gedurende een periode van twee jaar (1981-83); b) 9.316 vrouwen in Addis Abeba die in bovengenoemde periode *tenminste éénmaal bevielen of een miskraam* doormaakten. De maternale sterfte die vervolgens kon worden berekend bedroeg 566/100.000 levendgeborenen (vgl. Nederland < 10/100.000). Men kan zich licht voorstellen dat de situatie op het platteland, waar medische voorzieningen schaars zijn, nog veel catastrofaler is.
Het belang van dit boek is dat er een methode in wordt geïntroduceerd waarbij een geval van moedersterfte wordt ontrafeld tot een aantal bijdragende factoren. Haarfijn wordt geanalyseerd welke factoren tot de dood hebben geleid, welke factoren vermijdbaar zouden zijn geweest en welke risico-factoren een rol speelden. Het voordeel van deze benadering is dat men bij het opstellen van een interventieprogramma ter bestrijding van maternale sterfte prioriteiten kan stellen.
Het blijkt, dat de helft van alle zwangerschappen in Addis ongewenst was; dit komt ook tot uiting in de maternale strefte door illegale abortus. Van de direct aan de zwangerschap gerelateerde doodsoorzaken was 37,1% te wijten aan abortus-problematiek. Puerperaalsepsis en uterusruptuur komen op de tweede en de derde plaats. Verbloeding en eclampsie vertegenwoordigen in deze studie samen 10% van de sterfte. Bij de indirecte doodsoorzaken is hepatitis in de zwangerschap prominent aanwezig.
Het boek eindigt met een aantal aanbevelingen, waarvan ik er hier één wil overnemen: 'There is great need for studies to assess the method of risk selection and the relationship of risk to outcome of pregnancy, so as to develop a scoring system which is applicable and useful, and allows for rational and maximum use of available resources.'
Een uitdaging voor wetenschappers, ook in ons land?

Jules Schagen van Leeuwen,
namens de Consultancy for Maternal Health and Family Planning

* Te verkrijgen door overmaking van *f* 46,— (inclusief verzendkosten) op postgirorekening 1573507 ten name van R. P. Hovestreydt-Snijder te Leiderdorp; vermelden: 'Unsafe motherhood'.

Medisch onderwijs anno 1989

De oude wensen van een nieuwe generatie

C. J. Kruijthof

Het is nog steeds zo dat veel vrouwen die medicijnen hebben gestudeerd niet terechtkomen in die beroepssituatie die hun voorkeur heeft. Om te bereiken dat vrouwen in alle richtingen van de geneeskunde aan de bak komen, is het belangrijk dat vrouwelijke studenten vroegtijdig met hun loopbaanplanning beginnen. Aldus Karin Kruijthof, vierdejaars studente geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam.

'Een speciale training van de radiologisch laborante is hiervoor noodzakelijk. Ook de radiodiagnost dient tijdens zijn opleiding en door middel van nascholingscursussen kennis en ervaring op dit gebied te verkrijgen'.
Het lijkt wellicht overdreven mijn verhaal met dit citaat, uit een syllabus die ik dit jaar heb moeten leren, te starten. Toch geeft het goed het beeld weer dat nog zo levendig is in onze maatschappij: de dokter is een *hij*, zijn assistent is een *zij*. Logisch misschien, want zo was het eeuwen lang, en het beeld dat mensen van een professie hebben verandert meestal niet zo snel als de professie zelf. Bedroevend is het echter wel als zelfs de ingewijden in de professie, in casu de geneeskunde, niet in de gaten hebben dat de tijden veranderen. Ruim een derde van alle artsen is vrouw: een niet geringe minderheid! Bovendien is meer dan de helft van de eerstejaars geneeskundestudenten vrouw. En toch is bovenstaand citaat op geen stukken na het enige in zijn soort. Wat betekent dat? En waarom stoor ik mij eraan? Het betekent dat een arts vanzelfsprekender man dan vrouw is. En ik stoor mij eraan, omdat mij telkens wanneer ik deze vanzelfsprekendheid tegenkom het onprettige gevoel bekruipt dat vrouwen nog steeds moeten aantonen dat zij vanzelfsprekend ook arts kunnen zijn en dat ze daarom meer moeten presteren dan hun mannelijke collegae. Ik ben bang dat dit ook zal gelden voor de generatie die nu nog college loopt, ook voor mij dus.

BARRIÈRES

Op het gevaar af te negatief te lijken, wijs ik op enkele feitelijke oneffenheden. Eénderde van de artsen is vrouw. Maar waar zitten ze? Het zal u in elk geval bekend zijn dat niet éénderde der chirurgen vrouw is; dat geldt evenzo voor de meeste overige beroepsgroepen, uitgezonderd bepaalde takken van de sociale geneeskunde en de groep arts-assistenten niet in opleiding, de agnio's. Vrouwelijke artsen zijn niet evenredig over de verschillende beroepsgroepen verdeeld. Hiervoor worden in de literatuur verschillende oorzakelijke factoren genoemd: factoren van de kant van het beroep (werktijden, houding van opleiders), maatschappelijke verwachtingen (mannen verdienen geld, vrouwen dienen zich thuis te vermaken) en factoren van de kant van vrouwen zelf (naar bepaalde functies solliciteren ze bijvoorbeeld niet). Bijna de helft van de geneeskundestudenten is vrouw. Hoe zal het met ons gaan na het afstuderen? Houden we de oude verdeling in stand, of gaan we op weg naar een evenredige verdeling van ons over alle medische beroepsgroepen? Het zou mooi zijn daarover te kunnen praten zonder last te hebben van praktische bezwaren, maar we zullen in een gezondheidszorg terechtkomen waar full-time banen van 40 uur zeldzaam zijn. We leven nu eenmaal in een maatschappij waarin mannen nog tamelijk vanzelfsprekend niet de helft van de taken thuis vervullen. En een vruchtbare vrouw wordt nu eenmaal bedreigender geacht voor de continuïteit van het schaarse werk dan een vruchtbare man. Erg droevig allemaal en erg belemmerend voor het bereiken van een eerlijke verdeling van het werk tussen de vrouwelijke en mannelijke dokters.
Het feit dat banen met normale werktijden en part-time mogelijkheden zo schaars zijn, betekent met name voor vrouwen dat ze een keuze moeten maken tussen carrière en kinderen. Een combinatie is natuurlijk wel mogelijk, bijvoorbeeld als de partner de zorg voor de kinderen grotendeels op zich neemt, als de kinderen voor een groot deel van de tijd bij derden terecht kunnen of als vrouwen kiezen voor banen met kortere werktijden en part-time mogelijkheden. Dat de laatste mogelijkheid de beroepskeuze nogal beperkt, zal u duidelijk zijn. Naast het feit dat men er principiële bezwaren tegen kan hebben de opvoeding vaak te moeten overlaten aan derden, is er simpelweg een groot tekort aan georganiseerde kinderopvang. Ook bij die mogelijkheid zijn dus kanttekeningen te plaatsen. Het feit dat mannen over het algemeen niet de helft van de taken thuis op zich nemen, betekent dat de eerste voorbeeldsituatie waarin kinderen en carrière voor vrouwen te combineren zijn omdat de partner de zorg op zich neemt, niet vaak voor zal komen. Bovendien betekent het dat vrouwen in ieder geval meer taken thuis hebben, en dat kost tijd; tijd die ze eigenlijk niet hebben als ze een carrière in bepaalde richtingen van de gezondheidszorg ambiëren, tenzij er wat meer uren in een dag komen, of tenzij de werktijden in die richtingen worden genormaliseerd. De laatste mogelijkheid lijkt mij toch het meest haalbaar.
Een bijkomend probleem is de werkloosheid onder basisartsen. Dat er voor elke opleidingsplaats talloze kandidaten zijn, geeft opleiders bijvoorbeeld de mogelijkheid te kiezen voor mensen die continuïteit garanderen. Het geeft ze de mogelijkheid niet te kiezen voor mensen die zwanger kunnen worden. En dat is niet de enige reden waarom vrouwen worden weggeselecteerd. Ook niet openlijk geuite vooroordelen als: 'Vrouwen zijn niet wetenschappelijk', 'Vrouwen kunnen de emoties niet aan' en: 'Vrouwen horen thuis' spelen bij selecties soms een rol.

CARRIÈRES

Ondanks deze problemen kiezen steeds meer vrouwen voor de studie geneeskunde. Steeds meer vrouwen willen arts worden, maar ze zullen niet in elke functie zonder problemen worden toegelaten: door de geschiedenis heen zijn er belemmeringen ontstaan, onder invloed van maatschappelijke normen en waarden en (daarvan afgeleid) onder invloed van de zittende medische machthebbers. Als de belemmeringen zo zijn ontstaan, kunnen we ervoor zorgen dat ze ook weer verdwijnen.
Wat zou ik dus graag binnenkort gereali-

seerd zien? Ten eerste een werkweek van maximaal veertig uur voor alle artsen. Dat zou ervoor zorgen dat de grote groep werkloze (basis)artsen, waarin vrouwen zijn oververtegenwoordigd, verdwijnt. Bovendien zou het een prettiger leven mogelijk maken voor artsen en hun gezinnen. Vervolgens moeten mannen en vrouwen in staat zijn om, los van vanzelfsprekendheden, met elkaar de taken binnen- en buitenshuis te verdelen. Wat wil ik verder? Een goede regeling voor ouderschapsverlof en voor de vervanging van mensen die met ouderschapsverlof zijn. Bovendien moet er voldoende kinderopvang worden georganiseerd.

Ik wil dat mannelijke artsen hun onterechte angst kwijtraken dat vrouwen minder wetenschappelijk zijn of de collegiale sfeer tussen de heren zullen doorbreken. Ook moeten er meer vrouwen op hoge functies komen in de gezondheidszorg, zodat mede door hun invloed beleidsmatige veranderingen kunnen worden bewerkstelligd. En vrouwen zelf moeten niet meer denken dat ze 'voor die functie inderdaad maar beter een man dan mij kunnen nemen'. Artsen moeten verder veel meer in deeltijd kunnen werken, zonder dat dat bedreigend is voor het maken van carrière.

Als we dit alles kunnen bereiken, prachtig. Maar ondanks het feit dat al deze onderwerpen al jaren in talloze artikelen en boeken worden besproken, blijkt het nodig te zijn dat ook ik, als lid van een nieuwe generatie, de problemen opnieuw aan de orde stel. Veranderingen vinden niet snel plaats, dus ook mijn ideale situatie zal op zich laten wachten.

Heeft het feit dat er steeds meer vrouwelijke artsen komen in elk geval wel de aandacht, het is duidelijk niet zo dat wij na de co-assistentschappen met open armen door de gezondheidszorg zullen worden ontvangen. Daarom moeten we ervoor zorgen dat men niet om ons heen kan. Wij moeten aan de bak zien te komen in alle richtingen van de geneeskunde om op lange termijn structurele veranderingen te bewerkstelligen. Om dat te bereiken is het volgens mij heel belangrijk dat vrouwelijke studenten vroegtijdig met hun loopbaanplanning beginnen. Of mijn medestudentes hun loopbaanplanning eveneens van belang achten zal binnenkort blijken. Op 10 oktober aanstaande namelijk zal onder de titel 'Carrières/Barrières' aan de VU, een themadag worden georganiseerd over de loopbaanplanning van vrouwelijke geneeskundestudenten en artsen. Momenteel vindt aan de geneeskundefaculteit van de VU een onderzoek plaats naar de verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke studenten betreffende loopbaanplanning en toekomstverwachtingen. Op de themadag zullen onder andere de resultaten van dit onderzoek worden gepresenteerd.

Carrières/Barrières

Themadag over loopbaanplanning voor vrouwelijke geneeskundestudenten

Op 10 oktober 1989 wordt op de Medische Faculteit van de Vrije Universiteit in Amsterdam een themadag gehouden over (studie)loopbaanplanning voor vrouwelijke geneeskundestudenten. De titel van deze dag, die boven dit stukje staat: 'Carrières/Barrières', geeft al aan waar het deze dag met name over zal gaan.

Sinds Mw. C. Hermann in 1984 haar proefschrift 'Vrouwelijke artsen in Nederland' afrondde is er niet echt veel veranderd in de positie van vrouwelijke artsen. Nog steeds is het zo dat veel vrouwen die geneeskunde hebben gestudeerd niet terechtkomen in de beroepssituatie die hun voorkeur heeft. Dit heeft te maken met barrières die zich op verschillende niveaus voordoen en die ook tijdens de studie een rol kunnen spelen.

Mw. Hermann is één van de inleid(st)ers in het ochtendprogramma van deze dag, naast Mw. Gardeniers-Berendsen, Mw. Deben-Mager, Dhr. Klazinga en een co-assistente. In hun inleidingen zullen de sprekers/sters ingaan op de barrières die zich op de verschillende niveaus (opvoeding, basisopleiding tot arts, vervolgopleidingen en maatschappij) voordoen.

In de middag zal verslag worden gedaan van een enquête onder geneeskundestudenten over hun beroepskeuze en hun motieven voor die keuze. Ook is er dan gelegenheid in workshops nader in te gaan op verschillende aspecten: gerichte loopbaanplanning, partnerkeuze, kinderen, etc.

Deze themadag is in eerste instantie gericht op vrouwelijke geneeskundestudenten en aio's, maar ook mannelijke studenten en aio's zijn welkom.

Meer informatie over deze dag is te verkrijgen bij: Henriëtte van der Horst, Huisartseninstituut Vrije Universiteit, v.d. Boechorststr. 7, 1081 BT Amsterdam, tel. 020-5484545.

CONCLUSIE

Wij moeten zorgen dat we ook terechtkomen in de nog voornamelijk door mannen gedomineerde gebieden, anders zullen we een eerlijke verdeling van de banen tussen de seksen nooit bereiken. Dit lijkt mij een belangrijke opdracht voor vrouwelijke individuen.

Maar ik vind het ook noodzakelijk dat de gezondheidszorg haar werkne(e)m(st)ers wat beter gaat behandelen. Daarbij kunnen de verschillende beroepsorganisaties een belangrijke rol spelen. Organisaties als de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA) en de Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen (LBB) ijveren duidelijk voor een structuur van de gezondheidszorg waarin drempels, die er met name voor vrouwen nu nog zijn, zijn weggewerkt. Dat er ook binnen de KNMG voor deze zaken aandacht is blijkt onder andere uit dit nummer van Medisch Contact. Ik hoop dat ook uit het beleid van de KNMG steeds meer zal blijken dat zij streeft naar een gezondheidszorg waarin mannelijke en vrouwelijke artsen met open armen worden ontvangen.

De problematiek die ik hier heb geschetst is al jaren actueel. Het grootste deel van mijn verhaal had ook tien jaar of langer geleden kunnen zijn geschreven, want toen al werden dergelijke barrières voor vrouwen gesignaleerd. Ik hoop oprecht dat mijn artikel over vijf jaar als compleet verouderd kan worden beschouwd! □

Geraadpleegde literatuur

Hermann C. Vrouwelijke artsen in Nederland. Proefschrift Nijmegen, 1984.

Vennix P. Seks en sekse. Proefschrift Groningen, 1989.

VNVA-symposium 'Man en/of vrouw in de gezondheidszorg'. 16 april 1988, Nijmegen.

Young G. A woman in medicine: reflections from the inside. *In:* Roberts H (ed). Women, health and reproduction. 1981.

Medisch onderwijs anno 1989

Vrouwelijke artsen en de gezondheidszorg van morgen

Van barrière naar meer carrière

Prof. Dr. N. F. Th. Arts

Onderzoek heeft uitgewezen dat veel vrouwelijke artsen een functie vervullen die niet hun voorkeur heeft. Nu de instroom van vrouwelijke studenten in de geneeskunde gestaag toeneemt en het vooruitzicht van meer barrière dan carrière zich aan hen opdringt, dient dit in de aanstaande herstructurering van de gezondheidszorg een onderwerp van beleid te zijn. Prof. Dr. N. F. Th. Arts, gynaecoloog en dekaan van de Faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit van Amsterdam, vindt dat de medische faculteiten hun eigen bijdrage dienen te leveren aan de loopbaanplanning van vrouwelijke studenten.

Zowel het gezondheidszorgstelsel als de beroepsgroep staat een ingrijpende verandering te wachten. Terwijl het gezondheidszorgbeleid verandering ondergaat door impulsen uit recent ontworpen documenten als de 'Nota 2000' en het ontwerp-'Kerndocument Gezondheidszorgbeleid voor de jaren 1990-1995', staat de beroepsgroep een verandering te wachten die zich zonder planning vooraf aandient. Met dit laatste wordt gewezen op het vooruitzicht dat het aantal vrouwelijke basisartsen binnen enkele jaren drastisch zal toenemen.

Wat is er aan de hand? Het aantal vrouwen binnen de groep eerstejaarsstudenten neemt gestaag toe. Bedroeg in het studiejaar 1982-1983 de instroom van vrouwelijke studenten 45%, in het studiejaar 1987-1988 was dit gestegen tot 58%[1]. Mede gezien de gunstige studieresultaten onder de vrouwelijke studenten, zal een groter aantal vrouwelijke artsen dan nu het geval is beschikbaar zijn en uitzien naar een zinvolle beroepsuitoefening. In het gunstigste geval zal de gezondheidszorg van morgen dan worden verleend door een beroepsgroep waarvan de vrouwelijke artsen getalsmatig een groot deel, zo niet de helft, zullen uitmaken.

VOORUITZICHT

Uitdrukkelijk zij gezegd: in het gunstigste geval, want al groeien de getallen van vrouwelijke studenten in de aanvang van de studie, daarmede is op lange na nog niets gezegd over hoe het staat met hun latere mogelijkheden. Het valt op, dat in de recent verschenen documenten die het gezondheidsbeleid in een nieuwe fase moeten brengen daaraan totaal geen aandacht wordt geschonken. In het hier volgende zal worden gepoogd de discussie over de toekomstige positie van de vrouwelijke arts in het beroepsveld op gang te brengen, zonder afbreuk te doen aan de velen die zich daarmee eerder hebben beziggehouden en zich daarvoor hebben ingezet. In de discussie zal daarbij in het bijzonder de verantwoordelijkheid die de medische faculteiten dragen ten aanzien van voorlichting en planning moeten worden betrokken, met name waar het de loopbaan betreft van de vrouw als student en als arts. Dit dringt des te meer, nu het zich laat aanzien dat minder vrouwelijke studenten in de geneeskunde dan op grond van hun aantal mag worden verwacht, een baan als arts krijgen.

AANPAK

Indien de vrouw zelf ervaart dat er ten aanzien van haar functioneren in de gezondheidszorg een ongewenste situatie bestaat, dus een kloof tussen wat is en wat zou moeten zijn, is er sprake van een probleem. Welnu, dit probleem is er. Hierbij wordt gerefereerd aan het in de jaren 1979 en 1980 door Mw. C. Hermann onder de vrouwelijke artsen in Nederland verrichte onderzoek[2], waaruit onder meer bleek dat de helft van hen een functie vervult die niet hun voorkeur had; bovendien viel op, dat een conflictloze combinatie van gezins- en beroepsrol gold voor slechts 48% van de ondervraagde vrouwelijke artsen. Het is momenteel met de vrouwelijke arts niet beter gesteld. Wil het gesignaleerde probleem worden opgelost, dan moet het zo worden geformuleerd dat het in principe op te lossen is; dit wil zeggen, dat het moet worden herleid tot een beleidsprobleem dat betrekking heeft op een overbrugbare kloof tussen wat is en wat moet.

Wat *is* kan worden geïllustreerd met een greep uit beschikbare getalsmatige gegevens. Eerder werd gewezen op het sterk toegenomen percentage vrouwen dat kiest voor een studie in de geneeskunde. Wat betreft de belangstelling van de vrouw voor beroepsopleidingen is gebleken, dat van de per 1 januari 1989 in opleiding zijnde assistenten in alle medische specialismen 28% vrouw is[3]. Voor de snijdende specialismen bedraagt dit percentage momenteel 22. Gezien de instroom zullen deze percentages de komende jaren sterk moeten toenemen. Doch is dit wel te verwachten? In 1972 was van de leden van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie 10% vrouw. Dit was ook in 1987 zo, hoewel het percentage vrouwelijke afgestudeerde artsen een geleidelijke stijging vertoonde van 19% naar 36%! Van Hall merkt hierbij op[4], dat het onwaarschijnlijk lijkt dat deze discrepantie het gevolg zou zijn van een geringe belangstelling, dus aanbod, voor het specialisme.

Kijken we nu naar de sector huisartsgeneeskunde, dan valt op dat na de recente landelijke loting de instroom van tot huisarts op te leiden assistenten voor 40% uit vrouwelijke belangstellenden bestaat. De huisartsopleiding heeft kennelijk een grote voorkeur bij de vrouw en daar in de toekomst het percentage vrouwen bij de in- en uitstroom nog zal kunnen toenemen, nijpt de vraag des te meer hoe al deze vrouwelijke huisartsen in het praktijkveld kunnen worden geplaatst, in aanmerking genomen de barrières die hun ook daar te wachten staan (bijvoorbeeld part-time werken in groepspraktijken).

Hoe kan nu worden bereikt dat meer

vrouwen *in staat worden gesteld* een prominente rol te spelen in de gezondheidszorg? Dit vraagstuk moet veeleer worden benaderd vanuit een duidelijk omschreven behoefte meer vrouwelijk talent, specifiek vrouwelijke bekwaamheden en eigenschappen in te brengen en te verankeren binnen de medische zorgverlening, dan uitsluitend vanuit het streven al die vrouwelijke artsen waar dan ook een baan te bezorgen. Dit laatste leidt onherroepelijk tot het grotendeels ongebruikt laten van ambitie en functiegerichte intelligentie door een gedwongen andere keuze dan haar voorkeur heeft.

Zo is uit een verkennend onderzoek, in 1987 verricht door Mw. E. Hijmans[5], gebleken dat de gebieden waarop een vrouw een vrouwelijke arts wenst, direct zijn gerelateerd aan de klachtendimensie. Dit komt met name tot uiting in het huisartsenberoep, bij specialismen op het gebied van verloskunde en gynaecologie, plastische chirurgie en psychiatrie, alsook bij de behandeling van chronische ernstige ziekten als kanker. Ook het denken over en de aanpak van de specifieke problemen van de vrouw zal onder invloed van de vrouwelijke collega's bij de mannelijke arts een gunstige wending kunnen nemen. Een soortgelijke heilzame werking zal ook kunnen uitgaan van de vrouw in de snijdende specialismen, indien zij tenminste niet langer uit deze beroepsgroep wordt geweerd.

Deze benaderingswijze houdt in, dat *positieve actie* moet worden ondernomen ten aanzien van die beroepsopleidingen die een specifiek vrouwelijke inbreng behoeven, doch ook ten aanzien van die beroepsopleidingen waar de vrouw een te geringe belangstelling voor toont. Wel dient dan in deze laatste categorie opleidingen de aantrekkelijkheid van het beroep voor de vrouw te worden versterkt, alleen al door deze te ontdoen van het oormerk specifiek mannelijk.

FACULTEIT

Herstructurering van de gezondheidszorg komt eraan. Vele instanties zijn bij de totstandkoming daarvan betrokken, niet het minst de beroepsgroepen zelf. De positie van de vrouwelijke arts binnen de medische dienstverlening dient in alle overleg aan de orde te komen, niet als probleemsignalering – dit station is al gepasseerd – doch als onderwerp van *beleid* (actualisering van het belang van specifiek vrouwelijke inbreng in de gezondheidszorg, flexibilisering van de arbeid, volledige vervanging tijdens zwangerschapsverlof, aanwezigheid van kinderopvang, loopbaanbegeleiding, etc.). Ook de medische faculteit dient zich, meer dan nu het geval is, van haar verantwoordelijkheid in dezen bewust te zijn. Een verantwoordelijkheid die zij mede ontleent aan het doelmatigheidsbeginsel dat opleiden tot basisarts en de vervolgopleidingen een continuüm behoren te vormen.

Teneinde een bijdrage te leveren aan de loopbaanplanning van vrouwelijke artsen, dient de faculteit allereerst de barrières die hun in de periode na het afstuderen wachten zichtbaar te maken, waarbij niet alleen naar het maatschappelijke en beroepsveld moet worden gekeken, maar ook naar barrières bij haarzelf, in het bijzonder 'de angst voor verandering' (Becker[6]). Aan de medische faculteit van de Vrije Universiteit te Amsterdam is eind dit jaar in het collegerooster een themadag ingebouwd over loopbaanbegeleiding en loopbaanplanning van vrouwelijke studenten in de geneeskunde (van harte en zelfs nadrukkelijk ook voor mannelijke studenten toegankelijk), waar op pragmatische wijze zal worden ingegaan op de problemen die zich voordoen bij de planning van hun persoonlijke carrière. Het is de bedoeling dit eens per jaar of eens per twee jaar te laten plaatsvinden, naast een permanente consultatiemogelijkheid voor individuele gevallen.

Indien evenwel doelgerichte maatregelen in de vervolgopleidingen en beroepsgroepen uitblijven, zal veel vrouwelijk talent en studie-investering ongebruikt blijven liggen. De medische faculteit zal dit over haar grens heen in alle verantwoordelijke geledingen moeten laten doorklinken. De faculteit kan echter ook haar hand in eigen boezem steken. Zo zal de instroom en doorstroom van vrouwen in de wetenschappelijke personeelsfuncties moeten worden gestimuleerd, tot op hoogleraarsniveau toe (het aantal vrouwelijke hoogleraren in de geneeskunde is in Nederland nog geen tien!). Vervanging tijdens zwangerschapsverlof zal op basis van 100% moeten plaatsvinden. Betaalbare kinderopvang moet drastisch worden vergroot en de mogelijkheid tot part-time werken structureel in het personeelsbeleid worden ingebouwd.

TENSLOTTE

De huidige beleidsontwikkeling gezondheidszorg zal aan realiteitszin winnen, indien de loopbaanplanning van de vrouwelijke arts impliciet wordt meegenomen. Dit zal dan spoedig moeten kunnen doordringen binnen de groeiende groep vrouwelijke studenten op een wijze als: meer zicht op carrière dan op barrière. □

Literatuur

1. Notitie Taakstellingen Beroepskrachten-planning Gezondheidszorg. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1988.

2. Hermann C. Vrouwelijke artsen in Nederland. Een onderzoek naar opleiding en beroepswerkzaamheden van vrouwelijke artsen. Dissertatie Nijmegen, 1984.

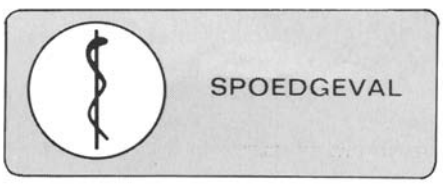
3. Rapport betreffende opleidingen en assistentenbestand van door de Specialisten Registratie Commissie erkende opleidingsinrichtingen. Utrecht: SRC, 1989.

4. Hall EV van. Gynaecologie en Maatschappij. Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie 1988; 101: 103-6.

5. Hijmans E. Kiezen voor vrouwelijke artsen; een verkennend onderzoek. Nijmegen: Sociologisch Instituut KU 1987.

6. Becker C. Het verborgen drama. Vrouwen en hun angst voor verandering. Baarn: Ambo, 1989.





Auto-embleem

Dit tweezijdig te gebruiken, artsen-auto-embleem is op veler verzoek tot stand gekomen om in voorkomende gevallen de reden van parkeren op een bepaalde plaats kenbaar te maken.

Dit embleem is naast het bekende raamembleem van plakplastic voor de leden van de Maatschappij Geneeskunst gratis verkrijgbaar bij de afdeling ledenbemiddeling der KNMG,

Postbus 20051, 3502 LD/Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon: 030-823911.

Medisch onderwijs anno 1989

Zuster, is uw man ook thuis?

Anneke Kramer

Op dit moment gaan ongeveer evenveel vrouwen als mannen medicijnen studeren. Wat zijn de consequenties hiervan voor de medische opleiding en het artsenberoep? Aan de hand van haar ervaringen als vrouwelijk medisch student en huisarts doet Anneke Kramer een poging zowel de positieve als de negatieve kant van deze ontwikkeling toe te lichten.

Enkele maanden geleden werd mij door de redactie van Medisch Contact gevraagd een artikel te schrijven voor dit studentennummer over wat het betekent om als vrouw medicijnen te studeren en het huisartsenberoep uit te oefenen. Ook werd mij gevraagd of ik iets kon schrijven over de gevolgen van het feit dat steeds meer vrouwen medicijnen gaan studeren voor de medische studie en het artsenberoep.
Bij het aanvaarden van dit verzoek realiseerde ik mij dat het geen eenvoudige opdracht was. Het is een thema waarover veel te zeggen valt en verschillende invalshoeken zijn mogelijk. Ik heb besloten een persoonlijk artikel te schrijven, dat wil zeggen dat het zal gaan over mijn ervaringen als vrouwelijke medisch student en huisarts.
Misschien vraagt u zich af: waarom al die aandacht voor het geslachtsverschil, maakt het nou eigenlijk nog echt wel wat uit? Nou en of! Aan de hand van twee anekdotes wil ik trachten u dit duidelijk te maken:
– Vijf jaar geleden openden mijn mannelijke collega en ik onze gezamenlijke huisartspraktijk. Een kind had voor ons een mooie tekening gemaakt; er boven had zij met grote letters geschreven: 'voor de dokter en de zuster'.
– Tijdens een dienst wordt een vrouwelijke huisarts gebeld door een patiënt. Zij neemt aan met: 'Met dokter Jansen'. De patiënt vraagt vervolgens: 'Is uw man ook thuis?'
Het lijken misschien details, maar erachter schuilt een wereld van verschil. In het hierna volgende zal ik een tipje van deze sluier oplichten.

STUDENTENTIJD

Het is ongeveer tien jaar geleden dat ik afstudeerde als basisarts. Misschien is er sindsdien het een en ander veranderd. Toch denk ik dat een aantal van mijn ervaringen nog steeds actueel zijn. In de eerste jaren van mijn studie had ik niet het gevoel dat ik als vrouw een speciale positie innam. Belemmeringen of problemen om het feit dat ik vrouw was heb ik toen niet ervaren. Wel vond ik het prettig dat er meer vrouwelijke studenten waren. De situatie veranderde toen ik met mijn coassistentschappen begon. Al snel voelde ik me een vreemde eend in de bijt. Met de manier waarop artsen met patiënten omgingen had ik in eerste instantie de meeste moeite. Ik vond hen veel te afstandelijk; zij besteedden te weinig tijd aan de patiënten en gaven te weinig aandacht aan de emotionele aspecten van ziek-zijn en aan de wensen van patiënten zelf. Naarmate ik langer in het ziekenhuis rondliep ontdekte ik dat ik ook moeite had met de manier waarop artsen met zichzelf omgingen. Het altijd maar klaar moeten staan, de lange werktijden, het steeds voor alles een oplossing moeten weten, het alles maar moeten weten en kunnen, het niet tonen van onzekerheid, emoties en twijfel, het vaak in je eentje voor hete vuren staan en het gebrek aan ondersteuning en begeleiding, zijn enkele voorbeelden van zaken waar ik moeite mee had.
Het was niet gemakkelijk hierover met artsen te praten. Meestal was er geen tijd voor en als het lukte er wel over te praten, vond ik weinig begrip of herkenning. Bij de verpleging voelde ik me vaak meer op mijn gemak.
Gelukkig was ik niet de enige die er zo over dacht: veel medestudentes hadden soortgelijke ervaringen. Mede door de opkomst van de vrouwenbeweging en het ontstaan van vrouwengroepen werd het mogelijk deze ervaringen uit te wisselen en te analyseren. Er is in die tijd bij veel vrouwen een bewustwordingsproces in gang gezet waarbij het verklaren van bovengenoemde ervaringen vanuit je positie als vrouw in een medische mannenwereld een belangrijke rol heeft gespeeld. Mij werd hierdoor onder andere duidelijk, dat dokter zijn betekent dat je je gedraagt zoals mannen zich in deze maatschappij behoren te gedragen. Dat ik daar als vrouw moeite mee had, was dus zo gek nog niet.
Ook nu is de medische studie een mannenaangelegenheid, al zijn er enige scheuren in het bolwerk te bespeuren. Daarom is het van belang dat medisch studenten tijdens hun studie de gelegenheid krijgen (of deze anders zelf creëren) bij dit gegeven stil te staan.

HUISARTS

Ik begin bij de keuze voor het huisartsenberoep. Meestal kiezen vrouwen een beroep op grond van onder andere de mogelijkheden die er zijn het werk 'buitenshuis' te combineren met het werk 'binnenshuis', de mogelijkheid tot part-time werken dus. Binnen de medische beroepen zijn deze mogelijkheden beperkt, zeker als je de part-time-opleidingsmogelijkheden erbij betrekt. Wanneer je na een basisopleiding van vijf tot zes jaar nog een full-time specialisatieopleiding van vier tot vijf jaar moet volgen, kan het wel eens heel lang gaan duren voordat je bijvoorbeeld kinderen krijgt.
Tot voor kort was het mogelijk de huisartsopleiding part-time te doen. Bij het verlengen van de opleiding van één naar twee jaar is deze mogelijkheid als het ware met één pennestreek van de tafel geveegd. Daarmee werd weer eens duidelijk waar de prioriteiten liggen. Voor mij behoorde het volgen van de part-time-opleiding nog wel tot de mogelijkheden. Het was één van de redenen om voor dit beroep te kiezen. Andere redenen waren: de inhoud van het vak zelf, de mogelijkheden part-time te werken en het feit dat meer vrouwen in mijn omgeving huisarts werden.
Hoewel steeds meer vrouwen voor het huisartsenberoep kiezen, zijn er nog grote verschillen tussen mannen en vrouwen. Enkele cijfers: ongeveer 30% van de huisartsen die afstuderen is vrouw; van deze 30% vestigt zich 35% zelfstandig als huisarts; van de 70% afgestudeerde mannen vestigt zich 57% zelfstandig als huisarts.

Ik werd dus huisarts en na het voltooien van de opleiding vestigde ik mij in een duo-praktijk. Zoals reeds gezegd was één van de motieven de inhoud van het vak zelf. Huisartsgeneeskunde is een breed vak. Dit heeft als voordeel dat het de mogelijkheid biedt het vak op je eigen manier invulling te geven. De setting waarin het beroep meestal wordt uitgeoefend, namelijk die van zelfstandig ondernemer in de eerste lijn, geeft een zekere vrijheid aan de praktische uitvoering van de werkzaamheden. Tevens schept het de mogelijkheid aan te sluiten bij ontwikkelingen in de maatschappij, zoals de vrouwengezondheidscentra en de VIDO. Binnen de huisartsgeneeskunde is het gebruikelijk open te staan voor de verwachtingen van de patiënt, rekening te houden met de totale patiënt en niet alleen met haar of zijn klacht én een begeleidende en ondersteunende rol te spelen. Deze wijze van omgaan met de patiënt doet een appel op persoonlijke eigenschappen die in deze maatschappij meer aan vrouwen dan aan mannen worden toegeschreven. Kortom, ik had de indruk dat het vak mij, als vrouwelijke huisarts, wel wat te bieden had. Wat is hiervan in de praktijk terechtgekomen?

Ik heb zelf kunnen bepalen hoeveel uur per week ik werk en met wie ik werk. Ik heb de mogelijkheid gebruik te maken van ontwikkelingen in de vrouwengezondheidsbeweging. Er zijn andere vrouwelijke huisartsen in mijn omgeving met wie ik ervaringen kan uitwisselen. De huisartsgeneeskundige aanpak in het contact met patiënten bevalt me uitstekend. Ik heb het gevoel dat ik in mijn werk voldoende tot mijn recht kan komen.

Maar er is ook een keerzijde: huisarts zijn is nog steeds een mannenberoep. De meeste collegae om je heen zijn mannen. Op grond van eigen ervaringen en verhalen van andere vrouwelijke huisartsen blijken er nogal wat verschillen te zijn in de wijze waarop mannelijke en vrouwelijke huisartsen met hun werk omgaan. Het lijkt wel of je als vrouwelijke huisarts veel meer last hebt van onzekerheden. Je hebt ook niet altijd één, twee, drie overal een oplossing voor. Je gaat minder je eigen gang, bent meer geneigd tot samenwerken. Je hebt veel meer last van je verantwoordelijkheidsgevoel. Je voelt je veel sneller persoonlijk aangevallen door een patiënt. Je denkt sneller dat je een fout gemaakt hebt. Het zijn enkele voorbeelden.

En hoe anders reageren patiënten op een vrouwelijke dan op een mannelijke dokter! Ze hebben de neiging mij meer te vertellen. Vooral vrouwelijke patiënten hoor ik nog wel eens verzuchten: 'Oh, wat heerlijk om dit tegen een vrouw te kunnen zeggen. Tegen een man zeg je zoiets toch niet!' Patiënten maken soms onderscheid in waar ze de mannelijke en de vrouwelijke dokter voor nodig hebben: de man is er voor de 'echte medische' zaken en de vrouw is er voor de 'vrouwenzaken' (bijvoorbeeld het uitstrijkje) en om mee te praten. Soms denk ik dat ze in mij als dokter minder vertrouwen stellen dan in mijn collega. Mijn autoriteit als dokter wordt minder geaccepteerd en er zijn vaker conflicten tussen patiënten en mij. Patiënten hebben soms (te) hoge verwachtingen van mij: eindelijk die leuke vrouwelijke dokter die het allemaal heel anders doet, en dan blijk ik ook maar een mens te zijn dat niet kan toveren.

Samenvattend zou ik willen zeggen dat het beroep als huisarts mij voldoende gelegenheid biedt op mijn eigen wijze vorm te geven aan het vak. Dat dit niet altijd even makkelijk is en dat steun van anderen daarbij soms onontbeerlijk is, is hopelijk duidelijk geworden.

Op dit moment gaan ongeveer evenveel vrouwen als mannen medicijnen studeren. Wat zijn de consequenties hiervan voor de medische opleiding en het artsenberoep?

Ik vind het moeilijk hierover voorspellende uitspraken te doen en zal dan ook in het kort enkele van mijn gedachten ventileren, stof om over na en door te denken.

Mijn eerste gedachte was: als er meer vrouwen komen, zal dit wel betekenen dat de geneeskunde maatschappelijk gezien op haar retour is. Het beroep zal minder status krijgen en er zal minder in verdiend gaan worden. Je ziet bijvoorbeeld in de Oostbloklanden een dergelijk fenomeen. In Nederland zijn er ook ontwikkelingen te bespeuren die wijzen op een verandering in de positie van de medische stand, bijvoorbeeld het grote aantal werkloze basisartsen, de pogingen tot bezuiniging, de houding van overheid en verzekeraars ten opzichte van het medisch handelen en het toenemende aantal aanklachten tegen artsen. Geen leuke gedachtengang: op het moment dat de medische studie toegankelijker wordt voor vrouwen, wacht hun een minder rooskleurige toekomst wat betreft hun beroepsuitoefening.

Gelukkig kon ik er ook enkele positieve gedachten bij hebben: het is leuk dat vrouwelijke studenten niet langer in de minderheid zijn; er zullen steeds meer vrouwelijke artsen komen, zodat het beroep steeds minder een mannenberoep is. Dit is gunstig voor zowel patiënten als artsen. Patiënten hebben meer de mogelijkheid om voor een vrouwelijke arts te kiezen. Mannelijke artsen krijgen meer te maken met de wijze waarop vrouwen vorm geven aan het beroep, zowel inhoudelijk als praktisch. Misschien dat de mogelijkheden tot part-time werken groter worden. Misschien dat er in plaats van 60 uur per week 40 uur per week gewerkt gaat worden. Misschien dat mannen hun onzekerheden ook gaan uiten. Vrouwen zullen zich steeds meer gaan bemoeien met de kennis en vaardigheden die er in de geneeskunde zijn en worden ontwikkeld. Er zal meer aandacht komen voor klachten en ziekten van vrouwen en de manier waarop er met vrouwelijke patiënten wordt omgegaan. Kortom: de geneeskunde en het artsenberoep zullen steeds minder voornamelijk een mannenaangelegenheid zijn.

Voorwaarde hiervoor is echter dat al die vrouwelijke studenten ook daadwerkelijk aan de slag kunnen als arts. En daarvoor is meer nodig dan 50% vrouwen in het eerste jaar! Wat daarvoor nodig is, is het inzicht en besef dat er in de medische opleiding en het artsenberoep voor vrouwen de nodige obstakels zijn. Het is onder andere de taak van de medische opleiding en de beroepsgroep er zorg voor te dragen, dat de voorwaarden waaronder het voor vrouwen mogelijk is te gaan werken ook in de praktijk worden vervuld. □

Medisch onderwijs anno 1989

Gezondheidsrecht en gezondheidsethiek in de medische opleiding

Prof. Mr. H. D. C. Roscam Abbing

Verwezenlijking van het gezondheidsrecht en van de gezondheidsethiek vindt plaats in de praktijk van alle dag van de gezondheidszorg. Ruime aandacht hiervoor in de medische opleiding is een onmisbare voorwaarde voor het kunnen behartigen van het belang van zorg van de arts: de patiënt. Voor medisch studenten is kennis van en inzicht in gezondheidsethiek en gezondheidsrecht onmisbaar geworden, wil straks het artsenberoep ook ethisch en juridisch verantwoord worden uitgeoefend, betoogt Mw. Prof. Mr. H. D. C. Roscam Abbing, hoogleraar gezondheidsrecht aan de Rijksuniversiteit Limburg.

Naarmate de medische en medisch-technologische mogelijkheden toenemen, worden de vragen waar de gezondheidszorg en de samenleving zich voor geplaatst zien indringender. Wetenschappelijke vooruitgang op het terrein van de geneeskunde heeft van oudsher onmiskenbaar invloed gehad op (het stelsel van) de gezondheidszorg, de positie van de patiënt en die van de hulpverlener.
De gezondheidszorg is in de loop der tijd een belangrijke sector in de samenleving geworden. Het steeds dieper in de mens ingrijpende karakter van de geneeskunde doet de behoefte aan bescherming vanmenselijke en maatschappelijke waarden toenemen. De maatschappelijke gevolgen van de ontwikkeling van de geneeskunde voor de samenleving hebben geleid tot grotere bemoeienis van die samenleving met de geneeskunde. Dit heeft op zijn beurt geleid tot meer ethische bewustwording en tot een juridiseringsproces. Gezondheidsethische en gezondheidsrechtelijke aspecten van de geneeskunde zijn in de afgelopen jaren explicieter aan de orde gesteld. Zo rijzen er vragen naar de grenzen van medische mogelijkheden in relatie tot menselijke waarden, tot normen voor handelen van artsen, tot datgene wat nog wel en wat niet meer gezondheidszorg kan worden genoemd, tot wat ethisch nog aanvaardbaar en juridisch toelaatbaar is, tot wat nog financierbaar is en wat niet. De Europese handleiding voor medische ethiek van 1987, de invoering van de grondwettelijke rechten op lichamelijke en geestelijke integriteit en op privacybescherming, alsmede het grondwettelijk recht op gezondheidszorg (in februari 1988) en ook de aanstaande wettelijke regelingen van de rechtspositie van de patiënt in zijn diverse facetten, zijn een uiting van deze ontwikkeling.
Ook in de hulpverlening zelf blijkt de groeiende behoefte aan gezondheidsethische en gezondheidsrechtelijke expertise: de aanstelling van juristen bij instellingen van gezondheidszorg is meer en meer gangbaar, medisch-ethische commissies zijn inmiddels een niet onbekend verschijnsel.

De rechtspositie van de patiënt in diens relatie tot de hulpverlener, de verplichtingen in dat opzicht van de laatste en de grenzen die hieruit voor de hulpverlener voortvloeien, vormen een centraal aandachtspunt in het kader van de medische opleiding. De arts krijgt uit de gezondheidsethiek en het gezondheidsrecht normen en criteria aangereikt, zodat zijn handelen binnen de professionele standaard plaatsvindt en zijn hulpverlening in het kader van zijn contractuele relatie met de patiënt wordt geoptimaliseerd. De arts moet vanuit zijn positie op de hoogte zijn van de aard en de betekenis van algemene uit het zelfbeschikkingsrecht voortvloeiende rechten van de patiënt, waaronder met name het recht op informatie, dat ook inhoudt een recht niet te worden geïnformeerd, het toestemmingsvereiste voor medische ingrepen en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, die onder meer tot uitdrukking komt in het beroepsgeheim. Daarenboven moet de arts zich bewust zijn van ethische gedragscodes die voortvloeien uit zijn functie als hulpverlener tegenover de hulpzoekende patiënt.

De moderne ontwikkelingen van de geneeskunde maken kennis van en inzicht in algemene rechten van de patiënt te meer noodzakelijk, waar rechten van individuen als gevolg van nieuwe ontwikkelingen onder druk komen te staan (denk bijvoorbeeld aan de druk die op toekomstige ouder(s) wordt gelegd in verband met de uitbreiding van mogelijkheden van prenatale diagnostiek ter opsporing van afwijkingen en daaraan eventueel te verbinden consequenties) en met elkaar in conflict kunnen komen (bijvoorbeeld genetische informatie, die van hoogst gevoelige, persoonlijke aard is maar ook voor de familie van belang kan zijn). Ethische en morele verantwoordelijkheden van de arts spelen hierbij een belangrijke rol. In het kader van de individuele rechten van de patiënt is voorts van belang dat de arts ook kennis heeft van de rechten van de patiënt buiten de directe hulpverleningssituatie, zoals het recht op bescherming van medische persoonsgegevens (onder andere geen beschikbaar stellen van medische gegevens voor wetenschappelijk onderzoek zonder toestemming van de patiënt), het recht op bescherming van lichaamsmateriaal (onder andere geen gebruik voor andere doeleinden dan waarvoor dit in de contractuele relatie arts-patiënt is afgestaan) en de positie van de arts ten opzichte van de patiënt of consument, als er ook belangen van anderen of andere belangen in het geding zijn (zoals bij keuringen, implantatie van organen, experimenten met mensen en besmettelijke ziekten). Ook is de vraag actueel of en zo ja in hoeverre naast het algemene vereiste van een wettelijke basis, incidenteel nog in de arts-patiëntrelatie beperkingen kunnen worden aangebracht aan individuele rechten van de patiënt: wat is de betekenis van de zogeheten therapeutische exceptie (zoals het in een incidentele omstandigheid niet informeren van de patiënt), respectievelijk de conflict-van-plichtendoctrine (zoals wanneer een bijzonder gezondheidsbelang van een derde kan leiden tot een incidentele doorbreking van het beroepsgeheim), wat zijn de criteria hiervoor en wat is de rol van de rechter daarbij?

STRUCTUUR

Naast de (rechts)positie van de patiënt is het voor de arts van belang inzicht te hebben in de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg en de daarvoor geldende wettelijke regelingen: rechtvaardige verdeling van schaarse middelen, kwaliteit van de hulpverlening, aard, inhoud en omvang van het aanbod, prijs- en financieringsaspecten, onderlinge relaties tussen voorzieningen, zijn slechts enkele voorbeelden. Deze onderwerpen hebben vaak juridische en ethische aspecten.
Aan de orde komen ook eisen met betrekking tot kwalificaties en toelating van hulpverleners (zoals de vraag wat de bevoegdheden van de arts zijn), controle op het functioneren van hulpverleners (onder andere via het tuchtrecht), deugdelijkheid van geneesmiddelen en medische apparatuur en verantwoordelijkheden van de hulpverlener in dat opzicht, geografische verdeling van beschikbare voorzieningen (vestigingsregelingen en dergelijke), ziektekostenverzekeringsstelsel (wat zijn de mogelijkheden? wat zijn de aanspraken van verzekerden? wat is de positie van de arts in het geheel en welke waarden en normen leven in de samenleving om het prioriteitenvraagstuk mede tot een oplossing te brengen?). Ook internationale regelingen, met name in het kader van de Europese Gemeenschappen, zijn hier relevant.

POSITIE ARTS

Voor de arts is het van belang zijn juridische positie te kennen als getuige-deskundige in juridische procedures, als medisch adviseur of als arbeidsgeneeskundige. Hij moet als hulpverlener inzicht hebben in de mogelijkheden van civiele, tucht- en strafrechtelijke aansprakelijkheidstelling. De arts heeft in beginsel recht van vrije keuze van patiënten (zij het in de praktijk beperkt), recht op een uitvoering te goeder trouw van het contract door de patiënt en recht op honorering.
De toekomstige arts zal zich bij de voorbereiding op zijn positie in de maatschappij vertrouwd dienen te maken met deze en andere juridische aspecten van zijn beroep, zich bewust moeten worden van het feit dat medisch handelen ook juridisch handelen is, dat zijn handelen eveneens wordt beïnvloed door normen die voortvloeien uit de maatschappelijke functie van de gezondheidszorg, kennis en vaardigheden moeten ontwikkelen bij het in concreto kunnen hanteren van juridische begrippen en ethische en wettelijke normen en waarden in de dagelijkse praktijk. Hij moet zich juridisch goede redeneringen eigen kunnen maken of die tenminste begrijpen, juridische problemen in de dagelijkse hupverleningspraktijk leren onderkennen en daarvoor oplossingen leren ontwikkelen die recht doen aan de individuele rechten van de patiënt en aan diens ethische waarden.

NORMEN EN WAARDEN

Het gaat bij het gezondheidsrecht niet alleen om wet- en regelgeving en zelfordening, maar ook om theoretische grondslagen, om normen en waarden die aan het gezondheidsrecht ten grondslag liggen zoals het zelfbeschikkingsrecht, de zorgvuldigheidsplicht van de arts, het recht op gezondheidszorg, een rechtvaardige verdeling van schaarse gezondheidszorgvoorzieningen, de verhouding tussen individuele en maatschappelijke waarden en dergelijke.
Bij gezondheidsethiek gaat het om een ethische reflectie op dezelfde terreinen als die worden bestreken door het gezondheidsrecht: het betreft normen en gedragsregels in de gezondheidszorg, normen en waarden in de arts-patiëntrelatie en het morele gezichtspunt van de samenleving die belang heeft bij een goede gezondheidszorg. De medische praktijk wordt gekenmerkt door het in elkaar grijpen van wetenschappelijke kennis, technische vaardigheden en persoonlijke betrokkenheid. Dit betekent dat medische beslissingen vaak zowel een technische als normatief-ethische dimensie hebben. De analyse van de normatief-ethische dimensie van het handelen behoort evenzeer een inherente functie van de geneeskunde te zijn als het analyseren en evalueren van de technische aspecten op hun ethische implicaties. Door systematische aandacht voor gezondheidsethiek kan worden bevorderd dat datgene wat in de dagelijkse medische praktijk veelal onbewust en impliciet is, wordt geëxpliciteerd.
Bewustwording van normatieve aspecten van medische beslissingen, zodat de gezondheidsrechtelijke en ethische dimensie van deze beslissingen kan worden geïdentificeerd en de relatie tussen technische en juridische en ethische aspecten inzichtelijk wordt, alsmede analysering van normatieve aspecten van medische beslissingen en het leren verantwoorden van eigen standpunten met betrekking tot de ethische aspecten van medische beslissingen, vormen belangrijke doelstellingen. Mede door de dynamische ontwikkelingen van de geneeskunst alsmede de plurifomiteit van waardenstelsels worden gezondheidsethiek en gezondheidsrecht gezien als continue reflectoren van visies en uitgangspunten. De introductie van nieuwe technologieën bijvoorbeeld leidt tot herbezinning op aanvaarde waardensystemen en gangbare morele principes.

BLIK VOORUIT

De rol van het gezondheidsrecht en de gezondheidsethiek zal des te belangrijker worden naarmate de ontwikkelingen in de geneeskunde verder gaan. Voor beantwoording van vragen als: 'Is wat medisch mogelijk is, ook ethisch en juridisch juist?' en: 'Is toepassing van medisch kunnen geoorloofd en zo ja, wanneer?', staan gezondheidsrecht en gezondheidsethiek ten dienste. Het gaat dan bijvoorbeeld om vragen als: 'Waar liggen de grenzen van medisch handelen?', 'Wat is de functie van het begrip medisch zinloos handelen?', 'Wat zijn de ethische en juridische neveneffecten van medische technologische ontwikkelingen?' en 'Waar ligt de toelaatbaarheidsgrens van het gebruik van medische verworvenheden in de maatschappelijke context?' – zoals het gebruik van genetische informatie die in de individuele arts-patiëntrelatie een verworvenheid betekent, maar in handen van verzekeraars of werkgevers een potentiële bedreiging vormt voor het individu. Met andere woorden: in hoeverre is het ethisch en juridisch verantwoord de geneeskunde in te schakelen bij toekenning van rechten en aanspraken? Hoe ligt de verhouding individu-collectiviteit, en de verhouding individu-derdenbelang: waar ligt de grens van de autonomie in verband met het volksgezondheidsbelang van derden en de samenleving, hoe is de verhouding tussen collectieve preventie en individuele vrijheid, tussen individueel gedrag en toegangsmogelijkheden tot de gezondheidszorg, tussen schaarste aan middelen en recht op gezondheidszorg van bejaarden? Een juridisch-ethische analyse van het verdelingsvraagstuk en van het vraagstuk van selectie van patiënten kan bijdragen tot een rechtvaardige verdeling van schaarse middelen. Een ander terrein is de vraag naar de toekomstige positie van de arts: hoe ontwikkelt deze zich? De toenemende grootschaligheid leidt tot vragen in relatie tot professionele autonomie, de toenemende multidisciplinaire samenwerking in de gezondheidszorg tot vragen in relatie tot juridi-

sche eindverantwoordelijkheid en aansprakelijkheid, de invloed van standaardisering van zorg tot vragen over aard en inhoud van de individuele artspatiëntrelatie; en de betekenis van de professionele standaard noopt tot juridische en ethische bezinning vanwege veranderende relaties in de gezondheidszorg, met name die in de verhouding van de hulpverlener tot ziektekostenverzekeraars; de professionele verantwoordelijkheid vraagt aandacht in relatie tot juridische beslissingsbevoegdheden ten aanzien van minderjarigen en incompetente meerderjarigen. Wat is de invloed van de mondiger patiënt op de zorgverlening, zoals ze bijvoorbeeld via klachtprocedures tot uitdrukking komt? In welke mate normeert jurisprudentie professioneel handelen? Deze en soortgelijke vragen zijn ten principale van gezondheidsethische en gezondheidsrechtelijke aard en kunnen door de arts alleen met behulp van bedoelde disciplines verantwoord tegemoet worden getreden.

Verwezenlijking van het gezondheidsrecht en van gezondheidsethiek vindt plaats in de praktijk van alledag van de gezondheidszorg. Ruime aandacht hiervoor in de medische opleiding is een onmisbare voorwaarde voor het kunnen behartigen van het belang van het object van zorg van de arts: de patiënt. Voor medisch studenten is kennis van en inzicht in gezondheidsethiek en gezondheidsrecht onmisbaar geworden, wil straks het artsenberoep ook ethisch en juridisch verantwoord kunnen worden uitgeoefend. □

Literatuur

Beaufort ID de, Dupuis HM (red.). Handboek Gezondheidsrecht. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1988.

Leenen HJJ. Gezondheidsrecht voor opleidingen in de gezondheidszorg. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1986.

Themaserie 'Ethiek en recht in de gezondheidszorg'. Metamedica 1987; 66.

Medische Beroepsgroep Amnesty International/ Johannes Wier Stichting

Executie van minderjarigen en geestelijk gestoorden in de Verenigde Staten

Het Amerikaanse Hooggerechtshof oordeelde op 26 juni jl. met een krappe (5-4) meerderheid, dat de executie van jeugdigen vanaf 16 jaar en geestelijk gehandicapten niet strijdig is met de Grondwet, noch met het verbod op 'cruel and unusual punishment'. In de zaak van twee jonge (16 en 17) ter dood veroordeelden, Stanford en Wilkins, baseerde het Hof zich op het ontbreken van een nationale consensus: slechts 12 van de 36 Amerikaanse staten die de doodstraf kennen eisen een minimumleeftijd van 18 jaar ten tijde van het misdrijf. Recente opiniepeilingen onder het Amerikaanse publiek echter laten zien dat de meerderheid weliswaar voor de doodstraf is, maar niet voor jongeren onder de 18. In april van dit jaar bevonden zich 27 personen in 13 staten in dodencellen die jonger dan 18 waren toen ze hun misdrijf begingen. In 1985 en 1986 werden in Texas en Zuid-Carolina drie 17-jarigen geëxecuteerd. De VS is een van de zes landen waarvan bekend is dat ze het afgelopen decennium aan minderjarigen de doodstraf hebben voltrokken.

Amnesty International heeft bij het Hooggerechtshof protest aangetekend tegen het vonnis, erop wijzend dat er internationaal een zeer overtuigende 'legal standard' bestaat die de executie van minderjarigen verbiedt. Humanitair gezien is het buitengewoon wreed mensen die fysiek en emotioneel nog niet zijn volgroeid uit wraak of als afschrikking te executeren. Het opleggen van de doodstraf aan minderjarigen is in strijd met internationale verdragen, zoals het Internationale Verdrag inzake Burger- en Politieke Rechten en de American Convention on Human Rights. Beide verdragen werden in 1977 door de VS getekend, maar zijn nog steeds niet geratificeerd.

Op 26 juni diende eveneens de zaak van de 32-jarige Johnny Paul Penry. In 1979 werd hij in Texas ter dood veroordeeld wegens moord, hoewel het bekend was dat hij een IQ tussen de 50 en 63 had en de geestelijke leeftijd van een 7-jarige. Ondanks uitgebreide protesten van professionele en vrijwilligersorganisaties voor geestelijk gehandicapten, oordeelde het Hof in juni dat het niet wreed noch ongebruikelijk is iemand met de geestelijke capaciteiten van Johnny Penry een doodvonnis op te leggen.

Het is inderdaad niet ongebruikelijk in de VS om mensen met een IQ van ruim onder de 100 ter dood te veroordelen: van de ruim tweeduizend gevangenen die momenteel in een dodencel zitten valt ongeveer 10% onder deze categorie, alsmede zeven van de in de afgelopen jaren geëxecuteerde gevangenen. De laatste was Horace Dunkins, die op 14 juli in Alabama in de elektrische stoel om het leven werd gebracht. Omdat de bedrading niet goed was bevestigd, was één stroomstoot niet voldoende. Pas na twintig(!) minuten en een tweede stroomstoot werd bij hem de dood vastgesteld.

Op 24 mei van dit jaar aanvaardde de Economische en Sociale Raad van de VN (ECOSOC) een resolutie waarin bij de lidstaten aangedrongen wordt op 'eliminating the death penalty for persons suffering from mental retardation or extremely limited competence, whether at the stage of sentence or execution.'

Op het moment van dit schrijven, eind juli, verwachten vier 'mentally retarded' gevangenen op hun executie deze zomer. Het zijn in Texas Harvey Earvin en Walter Bell, in Virginia Alton Waye, en in Louisiana Ronald Monroe. Ze zijn alle vier zwart en werden al meer dan tien jaar geleden veroordeeld wegens de moord op een blanke. In het geval van Ronald Monroe is de bewijsvoering zeer dubieus en gebrekkig geweest en bestaat er gerede twijfel aan zijn schuld.

Voor de genoemde personen heeft Amnesty in juli zogenaamde 'bliksemacties' gevoerd om hun executie te verhinderen. Op het moment dat dit stukje verschijnt lopen er nog schrijfacties voor artsen tegen de doodstraf in de VS. Informatie hierover kunt u verkrijgen bij het secretariaat van Amnesty, tel. 020-264436, vragen naar D. de Bruijn (alleen 's middags).

(AI)



Dagboek van een waarnemer

42: Omdat u een vrouwelijke dokter bent . . .

'Donderdagmiddag is voor de klussen', had de huisarts voor wie ik nu waarneem gezegd. 'Keuringen, gesprekken, sociale bezoekjes of gewoon literatuur bijlezen. Er is geen officieel spreekuur, en als je wilt, kun je om vijf uur naar de patiëntenbespreking in het ziekenhuis.' Goed georganiseerd, dacht ik, dat ga ik later ook zo doen. Een middagje zonder tijdsdruk, ideaal lijkt me dat. De andere collega's passen op en hebben zelf ook elk een middag vrij.

Mevrouw IJmuiden heeft een afspraak gemaakt voor een algemeen onderzoek. 'Ze wil eens goed worden onderzocht', had de assistente gezegd. Dat is dus een klusje voor de donderdagmiddag.

Om half vier stapt ze binnen: een kleine, slecht uitziende en slecht verzorgde vrouw van ongeveer 45 jaar.

'Ik ben de laatste tijd zo moe, dokter', zegt ze, als ik vraag wat er aan de hand is. 'Slap, lusteloos, en er komt niks uit mijn handen. Het is hoog tijd dat ik stofzuig, of de ramen zeem, maar het gaat gewoon niet.'

'Menopauze!', denk ik, want een simpeler diagnose à vue kan ik me niet voorstellen. Het kan ook nog voorjaarsmoeheid zijn, realiseer ik me. Maar waarom zo voorbarig? Laat ik het eens op mijn gemak doornemen met haar.

Ik werk een uitgebreide anamnese met haar af. De klachten bestaan al een maand of zes, zo precies weet ze het niet meer. Hoofdpijn heeft ze dikwijls, af en toe is ze duizelig en soms wat kortademig bij inspanning. Geen angina pectoris, niet benauwd, al kan ze slecht tegen sigarettenrook, en haar man is een stevige roker. 'Zware shag, dokter. Dat stinkt toch zo en dat trekt ook zo in de gordijnen en het plafond.' De eetlust is slecht, ze is niet afgevallen, er zijn geen intoleranties, ze is niet misselijk, braakt niet en het defaecatiepatroon is normaal. De menstruaties zijn regelmatig. 'Ik slik de pil', en op mijn vragende blik: 'dan blijven ze regelmatig en vloei ik niet zo.' Ze ontwijkt mijn blik, maar dat merk ik op dat moment niet, want ik zit nog midden in de grondige *anamnese. Er komt nagenoeg niets uit. Ze zou een bloedarmoede kunnen hebben, maar overtuigend is dat niet. We zullen eens zien wat het lichamelijk onderzoek oplevert.*

'Wilt u zich helemaal uitkleden, op het slipje na?', vraag ik.

In het onderzoekkamertje valt me pas op dat ze mager is en er grauw uitziet. Ze is 1.65 meter en weegt 53 kilo. De bloeddruk is 120/80, liggend. De sclerae zijn wit, de conjunctivae goed geïnjiceerd, de pupilreacties normaal, volgen normaal. De tong is normaal van kleur, geen klieren in de hals, keel geen bijzonderheden. Het hart is niet vergroot, geen souffles, over de longen is een vesiculair ademgeruis te horen, bij percussie geen afwijkingen. Ik begin de buik te palperen. Dan zie ik grote blauwe plekken in haar liezen. Er zijn meer hematomen op de benen, ook op de armen en op een borst. Ik krijg een wee gevoel. Hier is iets mis, goed mis. Moet ik daar nu over beginnen?

Mevrouw IJmuiden volgt mijn blik en . . . zegt niks. Ik haal adem. 'Hoe komt u aan die blauwe plekken?', zeg ik dan. Deze blauwe plekken duiden niet op een stollingsstoornis en stoten. Mevrouw IJmuiden zegt nog steeds niks. Ik krijg het warm. 'Of wilt u daar liever niet over praten?', zeg ik dan. Uiteindelijk moet een mens vrij zijn. Ik krijg geen antwoord; ze kijkt me doordringend aan, met grote donkere ogen. Ze heeft kringen onder haar ogen, zie ik nu.

Ik ga verder met mijn onderzoek, hoewel ik nu toch wat anders kijk en zoek. Aan de buik vind ik geen afwijkingen lever en milt zijn niet palpabel en aan het bewegingsapparaat ook niet.

Ze kleedt zich weer aan. Ik voel me onbehaaglijk. Hier zit iets achter, ik weet niet precies wat. Sado-masochisme? Als ze weer bij me in de spreekkamer is, ga ik echter gewoon verder. Kan ik dit niet, of vind ik dat haar geheim haar privacy is?

'Ik vind het moeilijk, mevrouw IJmuiden. Er kunnen verschillende dingen aan de hand zijn. Het kan de overgang zijn, of bloedarmoede, of het kan een psychische oorzaak hebben. Zijn er dingen waar u over inzit?' Weer kijkt ze me lang aan met die donkere blik.

'Waarom zou ik het ook niet vertellen,' zegt ze dan zacht, 'u bent toch dokter en u hebt toch uw beroepsgeheim, he?' Ik knik.

'Mijn man is, hoe moet ik het zeggen, seksueel nogal begerig. Dat heeft hij altijd gehad, al vanaf toen we verkering hadden. Hij is thuis nogal kort gehouden en ik had het idee dat het na ons trouwen wel minder zou worden. Maar dat was niet zo. Hij heeft zelfs onze oudste dochter misbruikt toen ze 11 jaar was . . . Ze is nu het huis uit. Ik heb het wel geweten en er zoveel mogelijk voor gezorgd dat ze nooit met hem alleen thuis was. Mijn man reageert alles af met seks, altijd. Nu is hij afgekeurd voor zijn werk, een half jaar geleden. Voor zijn rug notabene. En hij doet de hele dag niks anders dan pornofilms kijken op de video. De ene film na de andere. Maar het ergste is, dat hij al die scènes wil nadoen. Verschillende keren per dag, en dokter, ik kan dat niet meer opbrengen. Ik ben zo moe, zo verschrikkelijk moe. Maar als ik niet wil, slaat hij de boel kort en klein, zeker als hij heeft gedronken . . .' Ze stopt. Ik wacht of er nog meer komt. Dit is het grote verdriet van dit kleine vrouwtje.

Na een tijdje zeg ik: 'Waarom gaat u niet bij hem weg?' Ze kijkt me aan: 'Er zijn nog twee kinderen thuis, en daar moet hij van afblijven. Ik heb liever dat hij mij . . ., dan dat hij de kinderen . . .' Ze spreekt het niet uit. Het blijft een tijdje stil.

Dan ineens begint ze te huilen. Ik sla mijn armen om haar heen en houd haar dicht tegen me aan. 'Zo lang al . . . te veel . . . Ik moet doorgaan en ik kan niet meer . . .'

Zelden heb ik me zo machteloos gevoeld. Ik denk nog na over een Blijf-van-mijn-lijfhuis, maar dat moet ze wel willen. Straks maar.

Na een tijdje houdt het huilen op. Ze veegt haar tranen af met een tissue. Hoe moet dat nu verder?, vraag ik me af. Ik maak het gebaar van hulpeloze mensen: ik geef haar een glaasje water. Dan lost ze het probleem voor me op: 'Laat dat bloedonderzoek maar zitten, dokter. Ik weet toch wel waar die moeheid vandaan komt. Het heeft me opgelucht er eens over te praten. Ik doe dat eigenlijk nooit. Ik schaam me er zo voor. Maar toen ik wist dat er een vrouwelijke waarnemer was, dacht ik, daar ga ik naar toe, die begrijpt me vast, want ze is toch een vrouwelijke dokter. Bedankt!' Ze staat op en gaat weg. Ik weet niet wat ik ervan moet denken. Ik voel me leeg.

Marie-José Molledans

Kwaliteit van zorg

Kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering in de radiodiagnostiek

Prof.Dr. H. E. Schütte en
Dr. R. A. Manoliu

Uit de Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek.

Kwaliteit in de zorgverlening kan worden gedefinieerd als de mate van overeenkomst tussen gestelde doelen en bereikte resultaten bij een optimaal gebruik van de beschikbare middelen[1]. Een beleid dat kwaliteitsbevordering of -bewaking in de radiodiagnostiek voor ogen heeft impliceert een consistente inspanning een produkt te leveren van 'state of art'-kwaliteit. De gestelde doelen moeten vanzelfsprekend ook in de dagelijkse praktijk haalbaar zijn. Een dergelijk beleid op een radiologische afdeling zou kunnen inhouden:
- de informatie-inhoud van het radiologisch onderzoek op het hoogst mogelijke niveau te handhaven;
- het gebruik van ioniserende stralen tot het minimum te beperken;
- de kosten voor patiënt of betalende instantie zo laag mogelijk te houden;
- een optimaal management van de patiënt te bevorderen.

Belangstelling voor bevordering en bewaking van de kwaliteit van het medisch handelen leeft reeds vele jaren in de Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek en – naar mag worden aangenomen – in de afdelingen waar radiodiagnostiek wordt bedreven. De vereniging heeft in de loop der jaren een scala van activiteiten georganiseerd, die thans deel uitmaken van elk 'quality assurance'-programma. In 1983 heeft de Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek in samenwerking met het CBO een consensusbijeenkomst 'Mammografie' gehouden, onder voorzitterschap van een onzer[2]. De vereniging heeft ook meegewerkt in verschillende werkgroepen voor het opstellen van consensusrichtlijnen op landelijk niveau onder initiatief van het CBO[3].
Activiteiten op het gebied van kwaliteitsbevordering lopen vaak door elkaar heen en komen tot uiting in de werkzaamheden van commissies en werkgroepen van de vereniging voor onderwijs, post-academische nascholing, wetenschappelijk onderzoek of de bevordering van nieuwe ontwikkelingen, zoals de echografie en de magnetische resonantie. Hoewel wetenschappelijk onderzoek een zeker kwaliteitsverbeterend effect heeft, is het in eerste instantie gericht op het *vermeerderen* van kennis en het toepasbaar maken ervan, terwijl het er bij kwaliteitsbevordering om gaat of de bestaande kennis op de juiste wijze wordt *toegepast*.
In het recente verleden zijn in verschillende landen gestructureerde kwaliteitseisen voor radiodiagnostiek uitgevoerd, die voornamelijk bij het accrediteren van de ziekenhuizen en afdelingen worden toegepast. In 1983 heeft de World Health Organization een rapport uitgebracht waarin kwaliteitseisen werden gesteld voor een aantal radiologische onderzoeken[4].
In 1987 heeft de wetenschappelijke raad van het CBO de wetenschappelijke verenigingen verzocht een standpunt in te nemen met betrekking tot het instellen van een commissie voor kwaliteitsbevordering. Dit initiatief werd ondersteund door de LSV. Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek heeft hierop positief gereageerd en er een werkgroep voor in het leven geroepen; beide auteurs van dit artikel zijn leden van deze werkgroep.

UITGANGSPUNTEN

Indien de rol van de wetenschappelijke vereniging inhoudt dat zij het als haar taak beschouwt het handelen en functioneren van radiologische afdelingen te onderzoeken, heeft zij behoefte aan een referentiekader. De door en namens de vereniging ontwikkelde referentiekaders kunnen primair worden gebruikt voor sturing van het radiologisch handelen door de radiodiagnosten zelf. Na verkregen consensus zouden zij als handleiding kunnen worden gebruikt. Anderzijds kan men zich een situatie voorstellen waarin periodiek, op verzoek of verplicht, een visitatie wordt uitgevoerd met het ontwikkelde referentiekader als maatstaf.

Men kan ervan uitgaan dat radiologisch handelen kwaliteit heeft, als dat handelen aan enkele algemene voorwaarden voldoet:
- De indicatiestelling van het handelen is juist.
- De behandeling wordt technisch en intermenselijk op de juiste wijze uitgevoerd.
- De beoordeling van het handelen gebeurt op een juiste wijze.

Kortom, zowel de organisatie van de afdeling als de technische en intermenselijke aspecten van het radiologisch handelen hebben met kwaliteit te maken.

EERSTE AANZET

Moderne radiodiagnostiek vindt in toenemende mate plaats in grote, complexe organisatiestructuren. Dit heeft doorgaans een positieve invloed op de kwaliteit, doordat de mogelijkheden tot intercollegiale contacten en feedback toenemen. Er bestaat echter ook een relatief nadeel bij grotere associaties van specialisten, daar veranderingen in benadering en aanpassingen van het proces minder gemakkelijk zijn door te voeren zonder een algemene instemming van de betrokkenen.
Als discussiestuk van de werkgroep werd de volgende notitie gehanteerd. Het leek het beste voor de kwaliteitsbeoordeling uit te gaan van 'check-lists', die naar het model van de visitaties van opleidingsinstituten bijvoorbeeld uit de volgende structurele onderdelen zouden kunnen bestaan; ter bepaling van de gedachten:

A. Organisatie afdeling
1. Op welke wijze is de leiding van de afdeling geregeld?
2. Zijn er regelmatige onderlinge besprekingen over de organisatie?
3. Is er een goede samenwerking met het paramedisch personeel?
4. Hoe is de administratie georganiseerd?
5. Hoe lang zijn de wachttijden (vóór en na het onderzoek, voor afspraken)?
6. Hoe is de organisatie van het archief? Behoren de verslagen bij het onderzoek?

B. Functioneren afdeling binnen het ziekenhuis
1. Functioneert de afdeling goed volgens de medische staf?
2. Is er een goede bereikbaarheid voor onderzoek en consultatie?
3. Is de verslaggeving tijdig?
4. Is er een goede aanpassing aan het niveau van het ziekenhuis? Bestaat er met name onderzoek dat niet kan worden uitgevoerd omdat de benodigde apparatuur of know-how ontbreekt?

C. Functioneren radiodiagnosten onderling en afzonderlijk
1. Is er een maatschapsverband? Functioneert dit goed?
2. Zijn er regelmatig besprekingen over de organisatie, onderzoeksprotocollen, etc.?
3. Bestaat er een indeling van onderzoek, gebaseerd op specifieke kennis c.q. ervaring en interesse van de deskundigen?
4. Zijn er goede afspraken over vakanties, bereikbaarheid, diensten?
5. Wordt er aandacht besteed aan bij- en nascholing?
6. Wordt er in ziekenhuisverband deelgenomen aan stafmanifestaties, aan bestuursfuncties, etc.?

D. Kwaliteit radiologisch onderzoek
1. Is er voldoende feed-back met andere disciplines, wordt men regelmatig geconfronteerd met fouten of andere verschillen van inzicht en mening, etc.?
2. Wordt er deelgenomen aan obducties, klinische conferenties en dergelijke?
3. Vinden wetenschappelijke activiteiten, publikaties en dergelijke plaats?

BEGRIPSVERWARRING

De door de vereniging ingestelde werkgroep werd al direct geconfronteerd met de vaagheden in de definiëring van verschillende begrippen.
Omdat het begrip *'kwaliteit'* een relatief gegeven is, kan het best worden uitgegaan van verschillende – eens door Casparie verwoorde[5] – deelaspecten van de kwaliteit, namelijk de kernbegrippen: 'doeltreffendheid' ('effectiviteit'), 'doelmatigheid' ('efficiëntie'); het deelaspect 'organisatie': 'beschikbaarheid', 'toegankelijkheid', 'bereikbaarheid', 'continuïteit'; het deelaspect 'hulpverlener': 'deskundigheid', 'geschiktheid' en 'bejegening'; en het deelaspect 'middelen': 'veiligheid'.
De *benaming van de werkgroep* leverde ook al problemen op: uiteindelijk werden de termen 'kwaliteitscriteria', 'kwaliteitsbewaking' en 'intercollegiale toetsing' verworpen en werd gekozen voor de naam 'werkgroep kwaliteitsbevordering', met het oog op de doelstelling en de acceptatie door de leden van de vereniging. Bij kwaliteitsbewaking gaat men ervan uit dat er al een hoog, althans geaccepteerd kwaliteitspeil bestaat. Er bestaan immers geen algemeen geaccepteerde opvattingen over wat de kwaliteitseisen zouden moeten zijn. Moet het uitgangspunt een minimale vereiste kwaliteit van zorg dan wel gewenste of optimale kwaliteit zijn? Wat is goed genoeg?
Bij het opstellen van *criteria* is de werkgroep ervan uitgegaan, dat de kwaliteit van de zorg op de afdeling radiodiagnostiek niet uitsluitend berust bij de goede kwaliteit van het röntgen-onderzoek. Dit betekent onder meer, dat er nauwkeurig op de indicaties voor onderzoek moet worden gelet om onnodig handelen te voorkomen.
Bij de discussie bleek een belangrijke handicap het ontbreken van vaststaande normen en bindende afspraken met betrekking tot verschillende onderwerpen van de vragenlijst. Om een voorbeeld te geven: de vraag: 'Op welke wijze is de leiding van de afdeling geregeld?', wordt gesteld omdat er in Nederland verschil van mening over bestaat of het hoofd van de afdeling uit de medische dan wel uit de paramedische hoek moet komen: er kunnen problemen worden verwacht indien de directie van een ziekenhuis de stafspecialist omzeilt en de beslissingsbevoegdheid over een breed terrein bij het paramedisch hoofd legt; dat heeft vaak met het dienstverband van de laatste te maken. Dit onderwerp is van groot belang voor het goed functioneren van de organisatie, echter criteria voor het beoordelen van hieruit voortkomende problemen ontbreken en het opstellen daarvan vergt een lange voorbereidingstijd.
Bij de evaluatie kan eveneens dankbaar gebruik worden gemaakt van bestaande kwaliteitsinformatie uit het buitenland. Aan een uitvoerig stelsel van kwaliteitsnormen zijn wij niet toe, enerzijds vanwege het feit dat het hier om een groot aantal verschillende verrichtingen gaat en anderzijds doordat een aantal ervan zich nog steeds in een fase van ontwikkeling bevindt. Wil men een dergelijk doel bereiken over de gehele breedte van het specialisme, dan dient men zich te realiseren dat voor het ontwikkelen van criteria, het bereiken van consensus en het up to date houden van het bestand een aanzienlijke hoeveelheid gestructureerde mankracht en arbeidstijd noodzakelijk is. Het in 1983 door de World Health Organization uitgebrachte rapport gaf voldoende steun. Er werd besloten de sprong te wagen en enkele dagelijks voorkomende radiologische verrichtingen aan te pakken. Vooropgesteld werd dat uitsluitend de hoofdlijnen zouden worden aangegeven en de daarbij behorende criteria niet tot een restrictief stelsel zouden worden uitgediept.

'PILOT STUDY'

Thans is de zaak zover gevorderd dat de werkgroep met een voorstel aan het bestuur bezig is, waarin de resultaten van het overleg worden beschreven en toestemming wordt gevraagd om met de opgestelde 'check-list' een 'pilot study' te verrichten op vrijwillige basis, om zo de toepasbaarheid van de procedure te onderzoeken. Tevens is de werkgroep voornemens ter voorkoming van doublures de krachten te bundelen met andere commissies of werkgroepen die op eigen terrein activiteiten ontplooien die eveneens op kwaliteitsverbetering zijn gericht. Een voorbeeld hiervan is het voornemen een consensus over verschillende aspecten van het echografisch onderzoek binnen onze vereniging tot stand te brengen; de werkgroep voor deze consensus wordt gevormd uit leden van de commissie echografie en van de werkgroep kwaliteitsbevordering.
Aandacht verdient de opmerking van de CBO-voorzitter[6]: 'Voor systematische kwaliteitsbevordering, dat betekent een activiteit die loopt van het opsporen van probleemgebieden tot het heronderzoek na het invoeren van een noodzakelijk gebleken verandering, is echter meer nodig, en wel: een goede motivatie, methodologische kennis en tijd. Om binnen een wetenschappelijke vereniging de kwaliteitsbevorderende activiteit te kunnen uitvoeren is dan ook een herkenbare structuur met continuïteit nodig.' □

Literatuur

1. Williamson JW. Assessing and improving Health care outcome. Cambridge: Bellinger, 1978.
2. Schütte HE, Hendriks JHcL. Kanttekeningen bij de consensus 'Mammografie-beleid 1983'. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 1415-8.
3. Casparie AF. Bereiken van consensus in geneeskunde. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1816-8.
4. A rational approach to radiodiagnostic investigations. Geneva: WHO, 1983 (World Health Organization Technical Report Series 689).
5. Casparie AF. Kwaliteitsbewaking van het medisch handelen, met speciale aandacht voor de zorgverlening in de ziekenhuizen. *In:* Het Medisch Jaar 1989. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989: 413-22.
6. Casparie AF. Persoonlijke mededeling.

Samenwerking tussen huisarts en specialist bij mensen die lijden aan kanker

4: Oncologische patiëntbespreking; een experiment

C. de Rijk,
I. Theunissen,
C. van Velzen,
J. C. van der Wouden en
H. J. Dokter

In aansluiting op een opinie- en behoeftepeiling met betrekking tot de samenwerking tussen eerste en tweede lijn bij kankerpatiënten, waarover in eerdere afleveringen van deze serie is bericht, wordt nu onder meer geëxperimenteerd met een gestructureerde patiëntbespreking tussen huisarts en oncoloog. Twee groepen doen hieraan mee. Na een half jaar kon worden vastgesteld, dat deze methode van overleg concrete resultaten oplevert op het niveau van de patiënt. Tevens is een basis gelegd om structurele knelpunten in de samenwerking tussen huisarts en specialist ter zake aan te pakken.

VOORAF

Dit artikel is onderdeel van een reeks die het verslag vormt van een onderzoekproject over de samenwerking tussen huisarts en specialist bij kankerpatiënten. In aansluiting op een opinie- en behoeftepeiling zijn enkele experimenten uitgevoerd om de samenwerking te verbeteren. Het hier beschreven experiment betreft het bespreken van problemen bij kankerpatiënten in een groep bestaande uit huisartsen en een oncoloog; het bouwt voort op een initiatief dat het onderwerp was van de vorige aflevering van deze serie.

INLEIDING

De samenwerking tussen huisartsen en specialisten bij mensen die lijden aan kanker vormt al sedert het eind van de jaren zeventig een belangrijk aandachtsgebied voor het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut (RUHI). Daar verricht onderzoek heeft uitgewezen dat de samenwerkingsrelatie tussen beide disciplines op een aantal punten voor verbetering vatbaar is[1,2]. De belangrijkste structurele knelpunten liggen op het terrein van communicatie en taakafbakening. De aanpak van deze knelpunten vormt dan ook vaak het uitgangspunt voor projecten die gericht zijn op verbetering van die samenwerking[3,4]. Voor het bewerkstelligen van structurele veranderingen in de samenwerking is van groot belang dat gemaakte afspraken zijn gebaseerd op wederzijds vertrouwen en inzicht in elkaars mogelijkheden en beperkingen[5,6].
Door middel van de enquête is nagegaan welke mogelijkheden tot verbetering van de samenwerking als het meest beloftevol naar voren kwamen[2]:
- het meer betrekken van de huisarts bij het beleid;
- het uitnodigen van huisartsen voor de oncologiebespreking; en
- het organiseren van informele bijeenkomsten.

In de tweede aflevering van deze serie is aangegeven, hoe een aantal initiatieven is ontwikkeld. De uitkomst ervan was globaal geproken nogal teleurstellend. Zo bleek de oncologiebespreking zoals die in ziekenhuizen plaatsvindt toch niet de plek om aan knelpunten in de samenwerking tussen huisarts en specialist te werken.
De Stichting Ondersteuningsorgaan Eerstelijnsgezondheidszorg te Rotterdam (STOEL) werd om advies gevraagd. Gedurende de interventiefase raakte de projectgroep op de hoogte van het in de vorige aflevering beschreven experiment, gericht op de bespreking van problemen bij kankerpatiënten tussen een groep huisartsen en een oncoloog. In het overleg tussen STOEL en de betrokkenen van het RUHI werd besloten op dit experiment voort te bouwen. Dit heeft geleid tot een patiëntbesprekingsproject in twee andere groepen.
De gestructureerde wijze van werken, inclusief het inventariseren en evalueren van doelstellingen van de deelnemers, en de continue begeleiding, maken het mogelijk deze vorm van overleg hier procesmatig te beschrijven en de methode te evalueren.

Voor het experiment zijn twee internisten-oncologen bereid gevonden deel te nemen aan overleg. De een is werkzaam in de categorale Dr. Daniël den Hoedkliniek, de ander in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam Dijkzigt (deze laatste is ook betrokken bij het in het vorige artikel beschreven experiment).
Twee groepen huisartsen in Rotterdam, respectievelijk deel uitmakend van een gezondheidscentrum en van een waarneemgroep, werden aangezocht op basis van hun ervaringen met gestructureerd patiëntenoverleg.

DOELSTELLINGEN

Voorafgaand aan de eerste bespreking is met beide huisartsengroepen en de oncologen afzonderlijk een gesprek gevoerd om de bereidheid en motivatie voor het overleg te peilen. Door middel van een enquête zijn vervolgens de doelstellingen geïnventariseerd. Er kwamen vier doelstellingen naar voren, te weten: persoonlijke kennismaking en het vergroten van inzicht in elkaars werkwijze; kennis- en deskundigheidsbevordering; verbetering van de communicatie; beleids- en taakafstemming.
Het verbeteren van de communicatie heeft voor alle betrokkenen de hoogste prioriteit. Met name over de berichtgeving bij belangrijke beslismomenten (zoals diagnose, instelling of verandering van behandeling) en het – telefonisch – uitwisselen van informatie wil men op korte termijn afspraken maken. Het verkrijgen van inzicht in elkaars werk- en denkwijzen, mogelijkheden en beperkingen, evenals het opbouwen van een vertrouwensrelatie, vormt voor de meeste deelnemers eveneens een belangrijke doelstelling.
Op langere termijn verwachten de artsen te komen tot een betere afstemming van taken en beleid en een grotere rol voor de huisarts in de nazorg en de nacontrole van kankerpatiënten vorm, te geven door middel van protocollen. Bevordering van kennis en deskundigheid op oncologisch gebied krijgt in de peiling, voorafgaand aan de besprekingen, de minste prioriteit van de huisartsen.

PATIËNTBESPREKING

Methode van overleg

De twee STOEL-medewerkers hebben een methode van overleg ontwikkeld die overeenkomsten vertoont met beproefde methoden als consultatie of case-overleg[7 8]. Deze methode is er niet op gericht zo snel mogelijk oplossingen op patiëntniveau te bereiken; de gepresenteerde casuïstiek heeft eerder een exemplarische functie. Van het patiëntniveau wordt naar een algemener niveau toe gewerkt; afspraken die bij individuele patiënten bruikbaar blijken te zijn, kunnen in een later stadium worden omgezet in structurele afspraken.

Daarnaast wordt expliciet aandacht besteed aan de uitwerking van de vraagstelling in verschillende deelaspecten, zowel op patiëntgebonden als op structureel niveau. Met betrekking tot de in te brengen casuïstiek zijn de volgende *criteria* geformuleerd:

- De vraag of het probleem veel voorkomt.
- De eerste lijn kan een rol spelen in deze casus.
- De casus geeft inzicht in een ieders werkopvattingen en samenwerkingsopvattingen.

De methode van overleg is per casus steeds dezelfde. Voorafgaand aan de bespreking wordt door de casus-inbrengers een werkbesprekingskaart ingevuld, die aan de andere deelnemers wordt opgestuurd. Hierop wordt relevante informatie ten aanzien van de te bespreken casus verstrekt. Eveneens worden de probleemstelling en de vraagstelling voor de bespreking geformuleerd.

Tijdens de besprekingen is de gang van zaken als volgt:

- De inbrenger van de casus geeft een korte toelichting en verschaft op vragen van de deelnemers de extra informatie die nodig is om de vraagstelling in behandeling te kunnen nemen.
- Naar aanleiding van de vraagstelling volgt een uitwisseling van ervaringen en/of discussie. Dit leidt over het algemeen tot suggesties met betrekking tot het handelen (van de inbrenger) op patiëntgebonden of algemeen niveau.
- Waar mogelijk worden suggesties omgezet in afspraken, welke in latere bijeenkomsten kunnen worden geëvalueerd. De afspraken worden vastgelegd op de werkbesprekingskaart.

Per bijeenkomst worden drie casus besproken, waarvan er twee worden ingebracht door de huisartsen en één door de oncoloog. De begeleiders van de STOEL vervullen een structurerende rol, via vraagverheldering, samenvatten en bewaking van tijd, doelen en discussie. De eerste besprekingen staan in het teken van het krijgen van inzicht in elkaars taken en werkwijze. Wanneer dit het geval is, verschuift de aandacht naar knelpunten in de relatie. Uiteindelijk worden afspraken gemaakt.

Verloop van de besprekingen

In vier maanden zijn beide groepen vijf maal bijeen geweest, viermaal voor een patiëntbespreking en éénmaal voor een evaluatie.

In de ene groep bleek een grote behoefte aan het spuien van knelpunten in de relaties met het desbetreffende ziekenhuis. Casuïstiek diende veelal om deze knelpunten te illustreren en was daardoor vaak minder actueel. Dit leidde vaak tot levendige discussie. In de andere groep ging het om meer actuele casuïstiek, met vaak ethische vragen, zoals over wel of niet behandelen.

De meeste huisartsen moesten wennen aan de gehanteerde methode. Met name kostte het een aantal artsen moeite zich tijdens de informatieronde te beperken tot het stellen van vragen en suggesties ter oplossing van de vraagstelling nog even voor zich te houden.

De gepresenteerde casuïstiek heeft in vrijwel alle gevallen aanleiding gegeven tot de bespreking van algemenere vragen. Veel onderwerpen zijn hierdoor de revue gepasseerd, waaronder:

- de relatie arts-patiënt:
  - omgaan met wensen/agressie van patiënt en naaste omgeving;
  - omgaan met een euthanasieverzoek;
  - rol van de huisarts bij nacontrole en stervensbegeleiding;
- de relatie huisarts-specialist:
  - afstemming van informatieoverdracht aan de patiënt;
  - betrekken van de huisarts bij het specialistisch beleid;
  - beleidsvorming van en samenwerking met betrekking tot jonge kankerpatiënten;
  - berichtgeving;
  - psychosociale draagkracht patiënt in de afweging wel of niet behandelen;
- medische informatie met betrekking tot:
  - epidurale pijnbestrijding in de eerste lijn;
  - euthanasiemethoden;
  - 'clinical trials';
  - behandeling, curatiekans en prognose bij specifieke ziektebeelden: (Hodgkin, Kahler, dubbelzijdig longcarcinoom);
  - kans op recidief, effect behandelingsmethoden (chemotherapie, radiotherapie, hyperthermie) en bijwerkingen.

Tijdens de bespreking van deze onderwerpen is een groot aantal bruikbare suggesties ter tafel gekomen, waarvan enkele in afspraken zijn omgezet.

EVALUATIE

Na vier bijeenkomsten vond een schriftelijke nameting plaats, uitgangspunt voor de evaluatiebespreking.

Deze eerste bijeenkomsten blijken met name nuttig geweest voor het verkennen van elkaars werkwijzen, ervaren knelpunten en het zoeken naar raakvlakken voor verbetering van de samenwerking. De methode leent zich goed voor het signaleren van knelpunten en aandragen van suggesties voor oplossingen. De deelnemers van beide groepen zijn unaniem van mening dat aan dit overleg een vervolg moet worden gegeven. Men is tevreden over de methode van overleg en de rol van de begeleider.

Wat is nu de waarde geweest van de bijeenkomsten als middel ter verbetering van de samenwerking? De volgende resultaten zijn geboekt:

- De drempel voor onderling contact tussen deze huisartsen en deze specialist is geslecht. Buiten de besprekingen om heeft men vaker telefonisch contact, ook met andere specialisten.
- Wederzijds bestaat meer inzicht in elkaars werkwijze, mogelijkheden en beperkingen.
- De kennis van de huisartsen ten aanzien van kanker is toegenomen.
- De behoefte tot afspraken ter verbetering van de samenwerking te komen is wederzijds gebleken en in de loop van het overleg toegenomen.
- Tijdens de bijeenkomsten heeft bij de huisartsen de behoefte aan intervisie zich gemanifesteerd. De gehanteerde methode blijkt hierin te voorzien.
- De besprekingen voorzien in de behoefte aan ondersteuning door specialisten.

CONCLUSIE

Patiëntoverleg is een zinvol middel ter verbetering van de samenwerking tussen huisarts en specialist bij kankerpatiënten. De reikwijdte van dit middel is in eerste instantie beperkt tot diegenen die direct bij het overleg betrokken zijn: de huisartsen en de oncoloog. Ook legt het middel

beperkingen op aan de doelen die men zich stelt, in relatie tot de beschikbare tijd. Veranderingen op structureel niveau zijn pas op langere termijn te verwachten, als een basis van vertrouwen is ontstaan. De resultaten van dit experiment laten niettemin zien, dat kleinschalig overleg een goede, wellicht zelfs noodzakelijke basis vormt voor het bewerkstelligen van duurzame veranderingen in de samenwerkingsrelatie tussen huisartsen en specialisten.

VERVOLG

Eén van de groepen heeft het overleg na afloop van de hier beschreven periode voortgezet, de oncoloog van de andere groep wenst een structurele regeling voor de deelname van specialisten.
Enkele ervaringen op de wat langere termijn laten zich al formuleren: De huisartsen hebben de indruk dat het drempelverlagende effect ook in het contact met andere specialisten beklijft. Daarnaast heeft men de indruk dat men zorgvuldiger omgaat met de eigen kankerpatiënten.
De conclusie dat het om een zinvol middel gaat, brengt ons tot het voornemen om dit project voort te zetten. Opties daarbij zijn verbreding naar andere disciplines en het ontwikkelen van protocollen op het raakvlak van eerste en tweede lijn. Niet te veronachtzamen is, dat gemaakte afspraken een voorbeeld kunnen zijn voor andere artsen of andere patiëntengroepen.
De verwachting lijkt gerechtvaardigd, dat meer groepen huisartsen in een dergelijke vorm van ondersteuning bij hun zorg voor oncologische patiënten zijn geïnteresseerd. Uit organisatorisch oogpunt vraagt dit antwoorden op vragen naar het type specialist waarmee wordt overlegd, financiële vergoeding voor de deelnemers en de aard van de begeleiding. Een structurele inbedding zou kunnen worden geboden door op regionaal niveau coördinatie te bieden en ervaringen te bundelen. De integrale kankercentra lijken hiervoor geschikt. □

De auteurs danken de huisartsen van Gezondheidscentrum Randweg en huisartsen van de Artsencombinatie West en de oncologen Dr. Splinter en Dr. Stoter voor hun medewerking.

C. de Rijk, I. Theunissen en Mw. C. van Velzen, psychologen, werken respectievelijk zowel op het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut (RUHI) als bij de Stichting Ondersteuning Eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam (STOEL), bij de STOEL en nogmaals bij de STOEL. De sociaal-wetenschappelijk onderzoeker *J. C. van der Wouden* is werkzaam op het RUHI, *H. J. Dokter* is hoogleraar huisartsgeneeskunde te Rotterdam.

Literatuur

1. Wouden JC van der. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten bij mensen die lijden aan kanker. Verslag van de eerste onderzoeksfase. Rotterdam: RUHI, 1985.

2. Wouden JC van der. De opinie van huisartsen en specialisten over hun samenwerking bij kankerpatiënten in de regio Rotterdam/Gouda. Enquêteverslag, Rotterdam: RUHI, 1986.

3. VU-project eerste/tweede lijn. Jaarverslag 1985/1986. Amsterdam, 1987.

4. Njoo KH, Wouden JC van der, Wouterlood van Cleeff IE. Interimrapport interventiefase project huisarts-specialist bij mensen die lijden aan kanker. Rotterdam: RUHI, 1987.

5. Inventarisatie van initiatieven/projecten op het gebied van samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Utrecht: Stichting O&O, 1986.

6. Project samenwerking huisarts-specialist (SHS). Utrecht: Stichting O&O, maart 1987.

7. Burkens JC. Consultatie in beide richtingen. Medisch Contact 1974; 29: 705.

8. Colaço Belmonte JAF. Case-overleg als alternatief naast consultatie. MGZ 1982; 10: 4-7.

Grondslagen van de geneeskunde

Een disputatie over het pancreassap

De Graaf's 'Disputatio medica de Natura et Usu Succi pancreatici' (1664)

Dr. H. L. Houtzager

De medische disputatie over de natuur en het nut van het alvleessap waarop Reinier de Graaf, 23 jaar oud, in 1664 – drie en een kwart eeuw her – promoveerde, was voor de Delftse vrouwenarts Dr. H. L. Houtzager aanleiding om na te gaan hoe de medische wetenschap in de 17e eeuw een oplossing trachtte te vinden voor een aantal pathofysiologische problemen.

Het bestuderen van belangrijke oude oorspronkelijke publikaties biedt vaak meer dan uitsluitend het vermeerderen van historische kennis: het informeert de lezer over de beweegredenen van de auteur, die tevens een indruk geven van de ideeën die er in die tijd leefden over het onderwerp waarmee de schrijver zich heeft beziggehouden.
Zo is de disputatie die Johannes Hayman op 10 juni 1640 onder leiding van Henricus Regius in Utrecht verdedigde, getiteld: 'Medico-physiologica pro sanguinis circulatio' op zich een interessante verhandeling, waarin de bloedcirculatieleer van Harvey werd verdedigd. Als we echter weten dat dit boekje werd gepubliceerd in een periode waarin aan de Utrechtse hogeschool een hevige strijd werd gevoerd tussen de voor- en tegenstanders van de leer van de Franse wijsgeer René Descartes, dan wordt het duidelijk dat Hayman slechts een pion was in het Cartesiaanse strijdperk, waarin de medicus Regius ten strijde trok tegen een al even felle vechtersbaas, de theoloog Gisbertus Voetius. Eerstgenoemde was namelijk een fervent voorstander van de nieuwe filosofie van Descartes, terwijl deze door Voetius werd beschouwd als een nieuwlichter en een bedreiging voor de gereformeerde kerk. In dit licht bezien is Hayman's disputatie dan ook een aanval van Regius op het Voetiaanse bolwerk.
Gelukkig is niet elk proefschrift een verkapte aanval van de ene hoogleraar op de andere, andersdenkende, over het hoofd van de promovendus heen, zoals de zojuist vermelde openbare verdediging van de Utrechtse student Johannes Hayman.
Een dissertatie kan ook een onderwerp hebben dat een afgeronde wetenschappelijke studie is, die past in een breder kader van wetenschappelijk onderzoek dat onderdeel uitmaakt van een groots opgezette studie of van een nieuwe visie op bepaalde nog niet opgeloste probleemstellingen.

Zo'n probleemstelling was in de tweede helft van de 17e eeuw het analyseren van de functie van organen en orgaanstelsels, mede met de bedoeling een oplossing te vinden voor een aantal pathofysiologische problemen. De oplossing hiervoor meende men te hebben gevonden in de chemie, in het bijzonder in de iatrochemie.

IATROCHEMISCHE SCHOOL

De iatrochemische school, waarvan de Leidse hoogleraar Dele Boë Sylvius een vertegenwoordiger was, is het best te omschrijven als een wetenschappelijke stroming die het functioneren van het menselijk lichaam als een scheikundig proces benaderde. Sylvius trachtte dan ook zijn geneeskundig stelsel te baseren op anatomische, praktische en chemische experimenten. Daarbij dient echter te worden vermeld dat Sylvius zijn stelsel niet louter en alleen op chemische principes baseerde. Zo ging hij bij de verklaring van het mechanisme van de ademhaling en de bloedsomloop uit van fysiologische grondbeginselen die maken dat de scheidingslijn tussen iatrochemie en iatromechanica bij Sylvius niet altijd duidelijk te trekken is. Daarnaast beschouwde Sylvius zijn chemische interpretaties van de fysiologie en de pathofysiologie geenszins als de absolute waarheid.
Bij gezondheid was er volgens Sylvius sprake van een juiste menging van de zure en de basische grondstoffen van de lichaamssappen. Ziekte werd veroorzaakt door een verstoring van het evenwicht door de produktie van bijtende zuren of alkalische stoffen. De aldus ontstane 'acrimonia' of scherpte van de sappen was meestal van zure aard, zoals bij kinkhoest, apoplexie, epilepsie en dikwijls bij koortsen. Slechts bij pest was er een overmaat aan alkali. De therapie moest er in deze gevallen op zijn gericht de overmaat te bestrijden: een alkalische gesteldheid door zure middelen, een zure gesteldheid door alkalische.

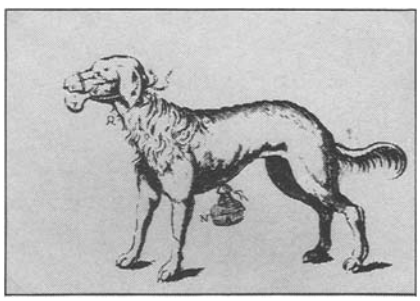
DE GRAAF IN LEIDEN

In de korte periode van twee jaar dat Reinier de Graaf in Leiden medicijnen heeft gestudeerd, deed hij om deze reden een onderzoek naar het 'Nut van 't Alvleesige sap', door met behulp van een pancreasfistel, aangelegd bij een levende hond, dit secreet zuiver in handen te krijgen – een staaltje van fysiologisch experimenteel werk dat in die tijd uniek was en dat in het kader van de iatrochemische



Titelprent van de tweede Latijnse uitgave van De Graaf's monografie over het pancreassap (1671).

theorieën van Dele Boë Sylvius een belangrijke stap vooruit betekende om informatie te krijgen over wat wij thans het zuur-base-evenwicht in het lichaam zouden noemen. Dit fraaie onderzoek verrichtte De Graaf op 23-jarige leeftijd en het was in 1664 in principe voltooid, al bleef hij zich ook in de volgende jaren met de alvleesklier bezighouden.
Juist voor de kerstvakantie, op 17 december 1664, hield De Graaf, onder voorzitterschap van Dela Boë Sylvius, een openbare disputatie over de natuur en het nut van het pancreassap.



De hond met de pancreasfistel. Afbeelding uit De Succo Pancreatico (1671)

WAT IS EEN DISPUTATIE?

Voor een goed begrip diene, dat de studie in de geneeskunde destijds gewoonlijk twee jaar in beslag nam en dat elke student in die periode tweemaal een openbare disputatie moest houden. Eerder was hij niet gerechtigd zich aan te melden voor het doctoraal examen, waarop de promotie met een reeds tevoren gereed gemaakt proefschrift gewoonlijk binnen enkele dagen volgde. Met het met goed gevolg afgelegde examen verkreeg men de vergunning de praktijk uit te oefenen, met de promotie de doctorale graad.
De disputaties werden meestal gehouden op een vaste plaats en tijd; op de titelpagina's vindt men dan ook na de datum de aanwijzing: 'hora locoque solitis' ('op de gewone tijd en plaats').
Datgene wat de student wilde verdedigen was samengevat in een aantal stellingen (theses), eventueel op kosten der universiteit gedrukt. Dit laatste werd dan vermeld op het titelblad: 'sumptibus academiae' ('op kosten van de academie'). De disputatie van De Graaf was veel groter; ze telde 90 bladzijden en ging daarmee zelfs de omvang van een doctorale dissertatie verre te boven. Hij heeft haar dan ook op eigen kosten, niet bij de universitaire drukker, doen verschijnen.

Over het verloop van de plechtigheid der disputatie zijn geen bijzonderheden bekend. Men kan er wel zeker van zijn dat De Graaf daarbij de nodige lof heeft geoogst. In elk geval was hij zelf zo overtuigd van het belang van zijn onderzoek dat hij het, gelijk tegenwoordig een promovendus wel meer met zijn proefschrift doet, direct na de verdediging ervan als monografie liet verschijnen. Uiteraard was van het titelblad de aankondiging van de openbare verdediging verdwenen en ook de titel zelf was enigszins veranderd, luidde die eerst: 'Disputatio medica de Natura et Usu Succi pancreatitis' ('Medische disputatie over de natuur en het nut van het alvleessap'), de monografie was getiteld: 'De succi pancreatici Natura et Usu Exercitatio Anatomico-Medica'. Voorop stond nu dus niet, zoals het gebruik eiste, dat het een disputatie betrof, maar het onderwerp zelf; dit wordt nu een 'ontleedkundig-geneeskundige oefening' genoemd.

Thans, 325 jaar na het verschijnen van De Graaf's disputatie, is het nog alleszins de moeite waarde van de inhoud ervan kennis te nemen. □

Artsenopleiding in poliklinische settings

De opleiding van artsen duurt langer dan de opleiding voor enig ander vrij beroep. Verder valt op dat artsen voor een belangrijk deel 'on the job' worden opgeleid. Studenten bedrijfseconomie runnen in de regel geen bedrijf, studenten in de rechten brengen geen zaak voor de rechter en studenten bestuurskunde bekleden geen bestuurlijke functie zolang ze niet zijn afgestudeerd. Medische studenten daarentegen helpen bij de zorg voor ernstig zieke patiënten en arts-assistenten verrichten zelfstandig chirurgische ingrepen, gecompliceerde medische behandelingen en cardiopulmonale resuscitatie. Om ervoor te zorgen dat deze toenemende klinische verantwoordelijkheid geen risico's met zich meebrengt voor de patiënten is de verhouding docenten-studenten bij de artsenopleiding erg hoog, hetgeen resulteert in een grote faculteit en hoge kosten.
Door deze vermenging van dienstverlening en opleiding, waarbij praktizerende artsen als docenten fungeren, is het onmogelijk de exacte kosten te berekenen. Misschien was dat wel de reden waarom Hippocrates zijn navolgers liet beloven dat zij voor het opleiden van hun opvolgers geen geld zouden vragen.
Toen Harvard College de derde medische faculteit van Amerika kreeg meldden de statuten dat 'het College over onvoldoende middelen beschikt om professoren aan te stellen in Cambridge, zodat het dienstig zou zijn . . . die professoraten te verlenen aan enkele zeer bekwame heren die zich bewust zijn van hun maatschappelijke verantwoordelijkheid en die bereid zijn deze taak op zich te nemen . . . voor het geld dat zij ontvangen van degenen die hun colleges volgen'[1].
Het is duidelijk dat de professoren in die tijd, net als veel van hun collega's tegenwoordig, hun tijd ter beschikking stelden zonder dat zij daarvoor een vergoeding kregen. Hun inkomsten verwierven zij voornamelijk uit de zorg voor hun patiënten, niet uit hun werk voor de universiteit.
Zowel in het Atheense Kos als in het would-be-Atheense Boston werden artsen echter bijna volledig opgeleid in poliklinische settings. De artsenopleiders uit die tijd zouden waarschijnlijk met een glimlach kennis hebben genomen van een onlangs in The New England Journal of Medicine gepubliceerd pleidooi om de medische opleiding althans voor een groter deel buiten het ziekenhuis en in de polikliniek te laten plaatsvinden.

Fascinerende wereld

Hoe is de artsenopleiding trouwens in het ziekenhuis terechtgekomen? Je zou kunnen zeggen dat de antisepsis en de anesthesie de opleiding het ziekenhuis in hebben gebracht en dat de therapie en de technologie ervoor hebben gezorgd dat de opleiding daar is gebleven. De patiënten en hun artsen begonnen naar het ziekenhuis te gaan toen de daarmee gepaard gaande risico's en moeiten acceptabel werden en de patiënten, de artsen en de studenten gingen steeds vaker naar het ziekenhuis naarmate de voordelen voor hen groter werden. Met de ontwikkeling van complexe chirurgische technieken, antibiotica, chemotherapie, hartbewaking en intensive care ontstond een eindeloos fascinerende wereld waarin de patiëntenzorg, de medische opleiding en de klinische research naast elkaar konden gedijen. Dit evenwicht is echter doorbroken door de recente ontwikkeling van het academische ziekenhuis dat meer dan ooit een centrum van toegepaste pathofysiologie is geworden en steeds minder een plaats is waar patiënten tot rust kunnen komen, kunnen genezen of sterven. Daardoor is het ziekenhuis minder geschikt geworden als plaats waar toekomstige artsen klinische basisvaardigheden kunnen leren. De voortdurende kostenstijgingen zorgen ervoor dat alleen de allerziekste patiënten nog in het ziekenhuis terechtkomen en de intramurale setting is vrij plotseling niet meer de enige optie. Bentley c.s. van de Association of American Medical Colleges pleiten er dan ook voor dat de medische opleiding opnieuw een plaats krijgt binnen de ambulante zorgverlening[2].

Onlangs is een congres over deze kwestie gehouden waarbij volstrekt duidelijk werd dat de clinicus van morgen moet beschikken over een onderscheidingsvermogen en een bekwaamheid die hij zich alleen in poliklinische settings eigen kan maken[3]. Daarbij kan onder meer worden gedacht aan preventieve geneeskunde, een langere verantwoordelijkheid voor de patiënt, chronische ziekten en de behandeling van bejaarden, de beslissing om patiënten op te nemen in het ziekenhuis, acute ziekte-episodes, de zorg voor patiënten die nog niet volledig zijn hersteld wanneer zij het ziekenhuis verlaten, ambulante chirurgie en gezondheidsvoorlichting. Er

zijn hele probleemvelden op het terrein van geneeskunde, ziekten, observaties, handelingen en beslissingen waarmee we eenvoudig niet meer te maken krijgen binnen de zorg voor ziekenhuispatiënten.
Doelen we daarbij alleen op de eerstelijnsgezondheidszorg? Zeker niet. Het is waar dat de generalist circumscripte aandoeningen moet leren onderscheiden van ernstige ziekten, kosteneffectief moet omgaan met een snel voortschrijdende technologie en een effectief farmacopee voorschrijfgedrag moet ontwikkelen. Ook de cardioloog moet echter leren wat hij moet doen bij pijn in de borst die niet wordt veroorzaakt door een hartinfarct en bij ritmestoornissen die géén rigoreus ingrijpen verlangen. De algemeen chirurg moet leren welke patiënten wel en welke patiënten niet in aanmerking komen voor een poliklinische operatie. Aankomend chirurgen moeten werken in ambulante settings om hun patiënten te zien voordat zij op de operatietafel liggen, anders lopen zij het risico dat zij pure technici worden. De neurochirurg moet patiënten zien met hoofdpijn- en visusklachten die geen operatie behoeven. De orthopedist moet een groot aantal minder ernstige letsels zien om ernstige letsels beter te leren herkennen. Alle artsen moeten werken met een gemêleerde populatie van patiënten met verschillende symptomen, problemen en omstandigheden. Kortom: als we binnen elk specialisme veelzijdige artsen willen opleiden, dan moet de opleiding in het ziekenhuis worden aangevuld met ervaring in de ambulante zorgverlening.
Het probleem daarbij is dat hoewel artsen een belangrijk deel van hun opleiding in poliklinische settings zouden moeten krijgen het meeste geld en het merendeel van de stimuleringspremies in deze bedrijfstak vastzit aan intramurale activiteiten zoals invasieve en complexe diagnostische procedures, grote operaties en intensive care. De vergoedingen die artsen en ziekenhuizen krijgen zijn ongeveer in dezelfde periode dezelfde scheefgroei gaan vertonen als de samenstelling van de patiëntenpopulatie in de academische ziekenhuizen. De afgelopen vijftig jaar is er in verhouding steeds meer geld uitgegeven voor chirurgische procedures en geavanceerde technologieën en steeds minder voor eerstelijnsvoorzieningen en algemeen medische zorgfaciliteiten. Ook de verzekering van intramurale zorg is zelfs in tijden van bezuinigingen voortdurend uitgebreid, terwijl de ambulante zorg slechts spaarzaam wordt vergoed.
Precies op dit punt pakt Eisenberg de draad op wanneer hij in zijn onlangs verschenen artikel over de financiering van de co-assistenten-stages[4] pleit voor een gecombineerde aanpak. In de eerste plaats moet een deel van de federale geldstroom van de intramurale naar de poliklinische opleiding worden verlegd. Daarnaast wijst Eisenberg erop dat nieuwe artsen opgeleid in ambulante settings doeltreffender en kosteneffectiever zullen werken. Vanuit deze optiek is de opleiding van artsen binnen de ambulante gezondheidszorg niets meer dan een opgewaardeerd onderdeel van de postdoctorale artsenopleiding, dat wil zeggen een maatschappelijk goed waarvan iedereen profiteert en waaraan iedereen moet meebetalen. Eisenberg[4] en Bentley cum suis[2] zijn het er dus over eens dat het noodzakelijk is artsen binnen de ambulante gezondheidszorg op te leiden, dat dit zal leiden tot hogere kosten en dat deze kosten op dezelfde manier als de huidige intramurale opleiding gezamenlijk zouden moeten worden gedragen door de overheid en de particuliere sector.
Verder kunnen universitaire instellingen ook belangrijke stappen nemen. Decanen en faculteitsleden zouden zich op de hoogte moeten stellen van en bekendheid moeten geven aan het belang van de ambulante artsenopleiding. Vooraanstaande ziekenhuisartsen moeten hun studenten leren opleiden in klinieken, terwijl poli-klinische zorg misschien wel moeilijker is te onderrichten dan intramurale zorg. Er moeten nieuwe banden worden gesmeed tussen medische faculteiten en 'health maintenance organizations' en deze organisaties moeten – zoals academische ziekenhuizen dat al lang doen – een eigen taak op zich nemen en gaan bijdragen in de kosten van de artsenopleiding. Bij het benoemen en bevorderen van faculteitsleden dient de ambulante opleiding voldoende erkenning te krijgen. Tenslotte moeten faculteitsleden, beroepsorganisaties, bedrijven en verzekeraars zich samen sterk maken voor een zodanige wijziging van het vergoedingenstelsel dat de ambulante zorgverlening behoorlijk wordt beloond. Al deze maatregelen samen moeten ertoe leiden dat er meer studenten komen in de specialismen binnen de ambulante gezondheidszorg. Alles wijst erop dat de patiënten, de studenten en de hele samenleving daarmee gebaat zullen zijn.

Federman DD. Medical education in outpatient settings. N Engl J Med 1989; 320: 1556-7.

Literatuur

1. Harrington TF. The Harvard Medical School: a history, narrative and documentary, 1782-1905. New York: Lewis, 1905.

2. Bentley JD, Knapp RM, Petersdorf RG. Education in ambulatory care – financing is one piece of the puzzle. N Engl J Med 1989; 320: 1531-4.

3. Gastel B, Rogers DE. Clinical education and the doctor of tomorrow. New York: New York Academy of Medicine, 1989.

4. Eisenberg JM. How can we pay for graduate medical education in ambulatory care? N Engl J Med 1989; 320: 1525-31.

KNMG Kadertraining 1990

Eenmaal per jaar wordt door de KNMG een training georganiseerd ten behoeve van de leden die deel (gaan) uitmaken van een van de bestuursorganen van de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen. Deze training staat open voor een ieder die een bestuursfunctie in KNMG-verband vervult, ongeacht op welk niveau (centraal, regionaal of lokaal) en ongeacht voor welke vereniging (KNMG, LSV, LHV, LAD of LVSG). Daar waar een bestuursfunctie van een plaatselijke specialistenvereniging door het bestuur van de medische staf van een ziekenhuis wordt vervuld, kunnen ook zij die tot dat stafbestuur behoren aan deze training deelnemen. Uiteraard komen tevens leden die de KNMG of een van de maatschappelijke verenigingen in een externe beleids- of adviescommissie vertegenwoordigen voor deelname in aanmerking. Voor anderen verdient het aanbeveling eerst contact op te nemen met de secretaris van de Commissie Kadertraining.
De kadertraining 1990 bestaat uit vier bijeenkomsten: drie trainingsbijeenkomsten van donderdagavond t/m zaterdagmiddag en een folluw-up-bijeenkomst van vrijdagmiddag t/m zaterdagmiddag.

TRAININGSWEEKEINDEN
De bijeenkomsten zullen worden gewijd aan een training in vergaderen, samenwerken, conflicthantering en onderhandelen. Deze training is erop gericht de doelmatigheid en doeltreffendheid van besprekingen in kleine en middelgrote gespreksgroepen – zoals vergaderingen van (afdelings)besturen – te vergroten. Behalve aan het leren leiden van dergelijke vergaderingen zal tijdens deze training vooral ook aandacht worden geschonken aan het adequaat functioneren in groepsverband c.q. samenwerkingssituaties. Daarbij zal tevens het hanteren van conflicten en het leren omgaan met tegengestelde meningen aan de orde komen. Ook een eerste kennismaking met onderhandelingsstrategieën en -technieken valt binnen het kader van deze training. Om een indruk te geven van de thema's die veelal worden behandeld, de volgende opsomming:
- het voorbereiden van vergaderingen;
- het voorzitten van vergaderingen c.q. besprekingen;
- het duidelijk en concreet gedachten onder woorden brengen;
- het ordenen en samenvatten van discussies;
- besluitvorming;
- het herkennen en hanteren van interacties binnen een groep;
- het motiveren van een groep;
- het bespreekbaar maken van conflicten;
- het omgaan met conflicten;
- het onderkennen van de fasen in een onderhandelingsproces;
- het leren omgaan met de daarbij optredende dilemma's;
- het informeren van de eigen achterban; en
- het ontwikkelen van de eigen onderhandelingsstijl.

Naast procedurele c.q. technische aspecten spelen bij een en ander natuurlijk ook relationele c.q. emotionele aspecten een belangrijke rol. Tevens zal het eigen functioneren aan de orde komen, echter slechts voor zover dit in direct verband staat met de doelstelling van deze training, te weten het bevorderen van de doelmatigheid en doeltreffendheid van gezamenlijke besprekingen. Op intrapersoonlijke aspecten van het eigen functioneren zal in principe niet worden ingegaan.

FOLLOW-UP-BIJEENKOMST
Tijdens de folluw-up-bijeenkomst, die circa een half jaar na de laatste bijeenkomst zal worden gehouden, wordt allereerst nagegaan in hoeverre de deelnemers in die tussentijd in staat zijn geweest de tijdens de training opgedane kennis in praktijk te brengen. Voor zover dit nog niet het geval blijkt te zijn, wordt nadere ondersteuning gegeven.

WERKWIJZE
Het voorafgaande geeft slechts het kader aan waarbinnen de training zich zal voltrekken. Welke onderwerpen de facto zullen worden behandeld is afhankelijk van de persoonlijke wensen der deelnemers. Deze wensen worden aan het begin van de training geïnventariseerd, waarna in onderling overleg wordt bepaald aan welke daarvan via oefening (nadere) aandacht zal worden gegeven. Het programma van deze bijeenkomsten zal, mits binnen eerder genoemde doelstelling blijvend, dus mede door de deelnemers worden uitgestippeld. Bij de oefening zal onder andere gebruik worden gemaakt van simulaties van eigen praktijksituaties en rollenspellen, die op video worden opgenomen. Daarnaast zal de nodige theorie worden aangeboden ter onderbouwing van de oefensituaties.

TRAINSTERS
De training zal worden (be)geleid door Mw. E. L. Sleeuwenhoek-Hajek, agoge, en Mw. A. M. Zeeuwen, psychologe, die beiden op een jarenlange ervaring in het trainen van artsen op eerder genoemde gebieden kunnen bogen.

DATA EN PLAATS
Donderdag 25 januari, vrijdag 26 januari en zaterdag 27 januari 1990: eerste trainingsweekeind;
Donderdag 15 februari, vrijdag 16 februari en zaterdag 17 februari 1990: tweede trainingsweekeind;
Donderdag 8 maart, vrijdag 9 maart en zaterdag 10 maart 1990: derde trainingsweekeind;
Vrijdag 2 november en zaterdag 3 november 1990: fullow-up-bijeenkomst.
– De trainingsweekeinden beginnen op donderdagavond om 20.00 uur en eindigen op zaterdagmiddag om 17.00 uur.
– De follow-up-bijeenkomst start op vrijdagmiddag om 14.00 uur en eindigt op zaterdagmiddag om 17.00 uur.
De bijeenkomsten worden gehouden in kasteel 'De Vanenburg' te Putten.

CURSUSKOSTEN
1. Voor cursisten voorgedragen door de centrale besturen der maatschappelijke verenigingen of door het hoofdbestuur van de KNMG worden zowel de cursus- als verblijfkosten door betrokken (maatschappelijke) verenigingen betaald. Vóór deelname aan de kadertraining dient uiteraard toestemming te zijn verleend door het bestuur.
2. Cursisten niet behorend tot bovengenoemde verenigingen betalen een eigen bijdrage van 50% van de verblijfkosten met een maximum van ƒ 500,—. De cursist kan bij het eigen afdelingsbestuur informeren of de afdeling genegen is deze kosten te dragen. De KNMG (centraal) neemt voor deze groep leden zowel de cursuskosten als een deel van de verblijfkosten voor haar rekening.
3. Niet KNMG-leden betalen zowel cursus- als verblijfkosten (circa ƒ 3000,—).

AANMELDING
Nadere inlichtingen en/of aanmeldingsformulieren zijn verkrijgbaar bij de secretaris van de Commissie Kadertraining (A. J. M. Steegmans, tel. 030-823202). De inschrijvingstermijn sluit op 1 oktober aanstaande. Vrouwelijke artsen worden met klem uitgenodigd aan de kadertraining deel te nemen.

H. P. A. F. Hoeben,
voorzitter Commissie Kadertraining

LAD tekent CAO-Ziekenhuiswezen niet

Ondanks het niet tegenvallende resultaat van de CAO-onderhandelingen rond de CAO-Ziekenhuiswezen, zal de LAD deze CAO niet ondertekenen.
Zoals bekend tekent de LAD de CAO sinds 1982 niet. In dat jaar werd namelijk het functiewaarderingssysteem gezondheidszorg (FWG) in deze sector ingevoerd.
De hieraan gekoppelde loonlijn was met name voor de hogere functies aanmerkelijk lager dan tot dan toe gebruikelijk. De LAD heeft zich tegen die loonlijn fel verzet. Nadat ook het laatste bod van de LAD – acceptatie in ruil voor werkgelegenheid – door de NZR was afgewezen, heeft de LAD besloten de CAO niet te ondertekenen.
Inmiddels deden zich ook aan andere inkomensfronten schermutselingen voor. Denk daarbij aan het rumoer rond de voorgenomen invoering van een nieuwe honoreringsregeling in de academische ziekenhuizen en de acties rond het norminkomen en de praktijkkostenvergoeding van de vrijgevestigde collegae. Nadat het kabinet had toegezegd het norminkomen voor de vrijgevestigde specialist te zullen vaststellen op basis van een onafhankelijk functiewaarderingsonderzoek en de inkomens van de andere specialisten daaraan te zullen relateren, werd vorig jaar actie gevoerd toen het norminkomen alsmede de praktijkkostenvergoeding door het kabinet tóch eenzijdig lager werden vastgesteld. Onder meer was het argument dat het inkomen van de specialist in loondienst ook lager lag dan het tot dan toe geldende norminkomen (tevens het inkomen waarin het onpartijdige – later door de arbitragecommissie bevestigde – functiewaarderingsonderzoek had geresulteerd).
Hangende het zogenaamde vijfpartijenoverleg, is op dit moment niet helemaal duidelijk op welke hoogte het inkomen voor de vrijgevestigd specialist definitief zal worden vastgesteld. Vast staat dat er nog steeds een groot gat zit tussen het huidige norminkomen van de vrijgevestigd specialist en het maximum-inkomen van de doorsnee-specialist in dienstverband, vallend onder de CAO-Ziekenhuiswezen. Een loonsverhoging van 3%, die bovendien voor de gehele sector geldt, brengt daar weliswaar enige verandering in, maar voor de LAD onvoldoende. Hoewel het centraal bestuur de resultaten van de CAO-onderhandelingen alleszins acceptabel vindt – in jaren is tenslotte binnen de sector niet zo'n resultaat behaald – is er voor het centraal bestuur thans geen enkele reden om van het eerder ingenomen standpunt af te stappen. De LAD zal de CAO derhalve niet ondertekenen.
Voor alle duidelijkheid: de werkgevers zijn gehouden de gewijzigde arbeidsvoorwaarden ook van toepassing te laten zijn op de leden van de LAD.

Cursus 'Arts en organisatie' start in september

De cursus 'Arts en organisatie', die de LAD reeds een aantal jaren met succes voor haar leden organiseert, gaat in september opnieuw van start.
Door het wegvallen van de subsidie dreigden de kosten voor de cursist aanvankelijk tot een onaanvaardbaar niveau te stijgen. Wij zijn er echter in geslaagd dat te voorkomen door de inschakeling van twee nieuwe docenten. De cursus zal nu worden gegeven door Drs. E. Sleeuwenhoek en Drs. M. Zeeuwen. Beiden hebben een indrukwekkende staat van dienst achter de rug bij de KNMG-kadercursus. Bovendien zijn ze goed ingevoerd in de gezondheidszorg en binnen diezelfde gezondheidszorg vaak betrokken bij organisatie- of scholingsprojecten.
De opzet van de cursus is vrijwel ongewijzigd. Er wordt aandacht besteed aan drie hoofdonderdelen, te weten: de organisatie (wat is een organisatie, omgevingsanalyse, sterkte/zwakte analyse, strategie-ontwerp, etc.), onderhandelen en conflicthantering.
De cursus omvat zeven dagdelen van elk drie uur en wordt op twee vrijdagen en daaraanvolgende zaterdagen gegeven. Als locatie is kasteel 'De Vanenburg' te Putten gekozen. Het eerste gedeelte van de cursus wordt gehouden op 16 en 17 september, het tweede gedeelte op 6 en 7 oktober; aanvang beide keren vrijdagmiddag te 16.00 uur. De cursisten hebben de beschikking over éénpersoonskamers.
Prijs voor de cursus inclusief twee overnachtingen, maaltijden, cursusmap, syllabi, koffie, thee, etc.: *f* 990,—.
Meer informatie, alsmede aanmeldingen voor de cursus, gaarne zo spoedig mogelijk bij het bureau van de LAD, Postbus 20058, 3502 LB Utrecht, tel. 030-823344.

Convocatie Ledenvergadering 28 september 1989

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging convoceert een Ledenvergadering op *donderdag 28 september 1989 om 19.00 uur.*
De vergadering zal worden gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht (tel.: 030-955 911).

De agenda luidt als volgt:
1. Opening
2. Mededelingen
3. Goedkeuring van de notulen van de vergadering van 8 juni 1989 *(besluitvormend)*
4. Verandering Verzekerd (Dekker): Stand van zaken overleg KLOZ/KPZ/VNZ/LHV inzake herstructurering honorering *(informatief/opiniërend)*
5. Informatieve en opiniërende bespreking van het Sociaal-Economisch Beleidsplan *(informatief/openiërend)*
6. Stand van zaken Organisatie Beroepsgroep *(informatief)*
7. Voorstel tot goedkeuring van de toekomstige structuur van de KNMG *(besluitvormend)*
8. Wat verder ter tafel komt
9. Rondvraag
10. Sluiting

De benodigde stukken worden zo spoedig mogelijk aan het Bestuurscorps toegezonden.
Notulen, welke het bestuurscorps bereiken tot drie weken voor de vergadering, worden geacht op deze agenda te zijn geplaatst.

S. Buijs, huisarts, secretaris